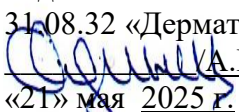
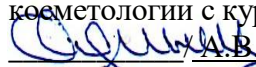


**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО**

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки
31.08.32 «Дерматовенерология»
 А.В. Одинец/
«21» мая 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой дерматовенерологии и
косметологии с курсом ДПО
 А.В. Одинец /
«21» мая 2025 г.

Фонд оценочных средств по клинической практике 2

Наименование дисциплины	Дерматовенерология
Направление подготовки	31.08.32 «Дерматовенерология»
Направленность (профиль)	Подготовка кадров высшей квалификации
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2025

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.
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами с дерматологической патологией.
ПК-5	готовность к диагностике дерматовенерологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
ПК-7	готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в дерматовенерологической помощи.
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.

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
УК-1	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	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	41 с эталоном ответов
ПК-2	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	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	18 с эталоном ответов
ПК-5	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	3 с эталоном ответов

	Задания открытого типа с кратким ответом	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	18 с эталоном ответов
ПК-7	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	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	18 с эталоном ответов
ПК-9	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	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	18 с эталоном ответов
Всего		158 заданий

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

<p>в) Лимфоцитоз г) Гиперхромная анемия</p> <p>7. Какой фактор не является причиной железодефицитной анемии?</p> <p>а) Хронические кровопотери б) Недостаток витамина В12 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> <p>9. Какой вид лейкоцитоза чаще возникает при аллергических реакциях?</p> <p>а) Нейтрофилия б) Эозинофилия в) Базофилия г) Лимфоцитоз</p> <p>10. Что такое ДВС-синдром?</p> <p>а) Диссеминированное внутрисосудистое свертывание б) Дефицит витамина К в) Нарушение тромбоцитарного гемостаза г) Гемолитическая анемия</p> <p>11. Какой белок является патогномичным для миеломной болезни?</p> <p>а) Ферритин б) М-белок (моноклональный белок) в) Трансферрин г) Гемоглобин S</p> <p>12. Что такое серповидно-клеточная анемия?</p> <p>а) Наследственная гемоглинопатия с HbS б) Дефицит железа в) аутоиммунная гемолитическая анемия г) Постгеморрагическая анемия</p> <p>13. Какой показатель снижен при гипохромной анемии?</p> <p>а) Количество лейкоцитов б) Цветовой показатель в) Количество тромбоцитов г) СОЭ</p> <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> <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> <p>16. Что такое лейкемоидная реакция?</p> <p>а) Опухолевое заболевание крови б) Временная обратимая гиперплазия белого ростка крови в) Наследственная нейтропения г) аутоиммунное поражение лейкоцитов</p> <p>17. Какой механизм лежит в основе наследственного микросфероцитоза?</p> <p>а) Дефект мембраны эритроцитов</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>б</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>а</p>
---	--

<p>б) Железосодержащий пигмент, депонирующий железо</p> <p>в) Предшественник гемоглобина</p> <p>г) Продукт распада гемоглобина</p> <p>29. Какой механизм лежит в основе аутоиммунной гемолитической анемии?</p> <p>а) Образование антител против собственных эритроцитов</p> <p>б) Дефект мембраны эритроцитов</p> <p>в) Дефицит ферментов</p> <p>г) Нарушение синтеза гемоглобина</p> <p>30. Что такое филадельфийская хромосома?</p> <p>а) Хромосомная аберрация t(9;22) при хроническом миелолейкозе</p> <p>б) Делеция хромосомы 5 при анемии</p> <p>в) Трисомия 12 при хроническом лимфолейкозе</p> <p>г) Транслокация 8;14 при лимфоме Беркитта</p> <p>1. Что такое система гемостаза?</p> <p>а) Система, обеспечивающая транспорт газов</p> <p>б) Биологическая система, обеспечивающая сохранение жидкого состояния крови и остановку кровотечений</p> <p>в) Система, отвечающая за иммунитет</p> <p>г) Система, регулирующая артериальное давление</p> <p>2. Какие структуры участвуют в гемостазе?</p> <p>а) Только тромбоциты</p> <p>б) Только плазменные факторы</p> <p>в) Сосудистая стенка, клетки крови, плазменные ферментные системы</p> <p>г) Только эндотелий</p> <p>3. Какой механизм гемостаза называют первичным?</p> <p>а) Сосудисто-тромбоцитарный</p> <p>б) Коагуляционный</p> <p>в) Фибринолитический</p> <p>г) Иммунный</p> <p>4. В каких сосудах реализуется первичный гемостаз?</p> <p>а) В крупных артериях</p> <p>б) В сосудах микроциркуляторного русла (до 100–200 мкм)</p> <p>в) В венах</p> <p>г) В аорте</p> <p>5. Что такое вторичный гемостаз?</p> <p>а) Адгезия тромбоцитов</p> <p>б) Гемокоагуляционный механизм с образованием фибринового тромба</p> <p>в) Спазм сосудов</p> <p>г) Агрегация тромбоцитов</p> <p>6. Кто автор ферментативной теории свертывания крови?</p> <p>а) А.А. Шмидт</p> <p>б) И.П. Павлов</p> <p>в) Р. Вирхов</p> <p>г) А.А. Богомолец</p> <p>7. Сколько фаз выделяют в процессе свертывания крови?</p> <p>а) Две</p> <p>б) Три</p> <p>в) Четыре</p> <p>г) Пять</p> <p>8. Какой фактор свертывания крови обозначается как фибриноген?</p>	<p>а</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>в</p> <p>а</p> <p>б</p> <p>б</p> <p>а</p> <p>в</p> <p>а</p> <p>б</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>5. Нет нарушений.</p>
<p>ПК-2</p>	<p>1. К клиническим вариантам опоясывающего лишая относятся:</p> <p>а) Везикулезного</p> <p>б) Буллезного</p> <p>в) Генерализованного</p> <p>г) Гангренозного</p> <p>д) Уртикарного</p> <p>2. Среди клинических разновидностей туберкулезной волчанки различают:</p> <p>а) Веррукозной</p> <p>б) Изъязвляющейся</p> <p>в) Шанкриформной</p> <p>г) Мутилирующей</p> <p>д) Серпигинозной</p> <p>3. При туберкулезной волчанке характерно:</p> <p>а) Рубцевание язвы начинается с центральной части очага</p> <p>б) Рубцевание язвы начинается с периферической части очага</p> <p>в) Рубец гладкий, нежный, обесцвеченный</p> <p>г) Рубец грубый, плотный, с бугристой поверхностью, пигментированный</p> <p>д) Правильно а) и в)</p> <p>4. Туберкулоидный лейшманиоз характеризуется:</p> <p>а) Появление новых бугорков на месте рубца или вокруг него</p> <p>б) Желтовато-бурого цвета бугорков</p> <p>в) Отсутствия феномена яблочного желе</p> <p>г) Наклонности к группировке</p> <p>д) Длительного существования без изъязвления</p> <p>5. Какой из перечисленных методов диагностики <i>S. trachomatis</i> является скрининговым:</p> <p>а) ПЦР</p> <p>б) ПЦР Real Time</p> <p>в) ИФА</p> <p>г) Метод клеточных культур</p> <p>д) ПИФ</p> <p>6. Какой из перечисленных препаратов сохраняет минимальную подавляющую концентрацию по отношению к <i>S. Trachomatis</i> в течение минимум 5-7 дней после окончания его приема:</p> <p>а) Доксициклин</p> <p>б) Диозамицин</p> <p>в) Азитромицин</p> <p>г) Офлоксацин</p> <p>д) Левофлоксацин</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>б</p>

	<p>7. В какие сроки после окончания антихламидийной терапии можно устанавливать критерий излеченности методом ПЦР:</p> <p>а) Через 2 недели б) Через 4 недели в) Через 2 месяца г) Через 2,5 месяца д) Через 3 месяца</p> <p>8. Показаниями к тотальной уретроскопии является:</p> <p>а) Хронического простатита б) Острого простатита в) Литтреита г) Хронического уретрита д) Импотенции</p> <p>9. Диагностика острого паренхиматозного простатита основана на результатах перечисленных исследований, кроме:</p> <p>а) Мазков б) Уретроскопии в) Анализа 3 порций мочи г) Пальпации предстательной железы д) УЗИ предстательной железы</p> <p>10. Для рецидивов гонореи характерно все перечисленное:</p> <p>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> <p>11. Общее лечение в инфекционно-токсической стадии болезни Рейтера включает:</p> <p>а) Дезинтоксикационной терапии б) Сульфаниламидных препаратов в) Противоревматических препаратов г) Препаратов тетрациклинового ряда д) Гипосенсибилизирующей терапии</p> <p>12. При обследовании на гонорею женщин забор отделяемого для бактериологического исследования производится из всех очагов, кроме:</p> <p>а) Уретры б) Парауретральных и бартолиновых желез в) Прямой кишки г) Заднего свода влагалища д) Цервикального канала</p> <p>13. Показаниями для обследования на гонорейно-хламидийно-уреаплазменную инфекцию является:</p> <p>а) Бесплодного брака б) Нарушения функций щитовидной железы в) Патологии беременности г) Хронических воспалительных заболеваний органов малого таза д) Нарушения менструального цикла</p> <p>14. Клиническими симптомами гонореи глаз является:</p> <p>а) Экзофтальма б) Отек век в) Светобоязни, гноетечения г) Гиперемии конъюнктивы д) Распадающейся язвы в роговой оболочке</p> <p>15. При лечении уретритов, вызванных дрожжеподобными грибами, наиболее целесообразно применять:</p> <p>а) Канамицин</p>	<p>а, в, г, д</p> <p>б</p> <p>а, б, в, г</p> <p>а, в, г, д</p> <p>г</p> <p>а, в, г, д</p> <p>б, в, г, д</p> <p>д</p> <p>д</p>
--	--	---

	<p>б)Цеполин в)Полимиксин г)Пенициллин д)Дифлюкан</p> <p>16. Соблюдение врачебной тайны необходимо: 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 открытости взаимоотношений «врач-пациент» д)Все перечисленное верно</p> <p>17. Причиной токсического действия лекарств является: 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: 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 А. красный ободок гиперемии по периферии псориазных папул, не покрытых в этих очагах чешуйками, наблюдается в стадии прогресса; Б. точечное кровотечение при гrottаже псориазных 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: Заболевание: 1. Пузырчатка (Пемфигус) 2. Псориаз 3. Чесотка 4. Крапивница 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: 1) паста</p>	<p>3, 1, 2</p>

	<p>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>2, 1, 3</p>
<p>ПК-2</p>	<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, грамотрицательные. Ваш предположительный диагноз?</p>	<p>Атопический дерматит</p> <p>Острая гонорейная инфекция нижних отделов мочеполового тракта (уретрит).</p>
<p>ПК-2</p>	<p>1. Больная 37 лет. Жалобы на высыпания на коже левого голеностопного сустава, выраженный зуд, болезненность. Anamnesis morbi. Болеет 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 рта. Феномен Никольского прямой и не прямой положительный. Результаты иммуногистохимического исследования клинически интактного участка кожи больного. Выявлена фиксация</p>	<p>Задача 1. 1. Инфекционная (паратравматическая) экзема левого голеностопного сустава, острая стадия. 2. Культуральное исследование с целью идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибактериальным препаратам. 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>Задача 2. 1. Вульгарная пузырчатка (вульгарная форма аутоиммунной пузырчатки). 2. Дифференциальный диагноз проводится с разными формами</p>

<p>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. 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>аутоиммунной пузырчатки (себорейная, листовидная, паранеопластическая), буллезным пемфигоидом, приобретенным буллезным эпидермолизом, линейным IgA-зависимым буллезным дерматозом, буллезной формой токсидермии, стрептостафилодермией, разными формами стоматита и др.</p> <p>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.</p> <p>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 адъювантной (дополнительной) терапии используют циклоспорин, метотрексат, азатиоприн, циклофосфамид, микофенолата мофетил, плазмаферез, иммуносорбцию и др.</p> <p>Для снятия интоксикации проводят дезинтоксикационную терапию. 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 бесполостный первичный морфологический элемент, представляет собой ограниченный отек сосочкового слоя дермы, возникающий вследствие вазодилатации и увеличения проницаемости сосудов. Особенностью крапивницы является быстрое возникновение волдырей, персистенция
---	---

		<p>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-5	<p>Прочитайте текст, выберите правильный ответ (или ответы)</p> <p>1. Симптом Никольского положителен при:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вульгарной пузырчатке 2) сифилисе 3) многоформной экссудативной эритеме 4) простом герпесе <p>2. При многоформной экссудативной эритеме на коже определяются элементы поражения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) чешуйки 2) трещины 3) кокарды 4) язвы <p>3. Лихеноидный параспориоз характеризуется всем перечисленным, кроме:</p> <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 <p>4. Проявления бляшечного параспориоза характеризуются следующими признаками, кроме:</p> <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 <p>5. Причиной дерматозов, развивающихся при сахарном диабете, является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Снижение защитной функции кожи 2) Нарушение обмена веществ 3) Микроангиопатии 4) Аллергические реакции 5) Все перечисленное <p>6. Саркома Капоши при СПИДе (эпидемическая форма), в отличие от идиопатической классической формы, характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Молодого возраста больных 2) Внезапного развития и стремительного прогрессирования распространенных узелковых и опухолевых образований 3) Отсутствия субъективных ощущений и осложнений вторичной инфекцией 4) Атипичной локализации на голове, шее, туловище, во рту 5) Сочетания с висцеральными поражениями и увеличением лимфатических узлов 	<p>1</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>1,2,4,5</p>

	<p>7. Гиперэластическая кожа (синдром Элерса-Данлоса) характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Проявления с раннего детского возраста 2)Повышенной ранимости кожи с легким образованием гематом, медленно заживающих ран и атрофических рубцов 3)Чрезмерной растяжимости кожи в области суставов и на лице 4)Чрезмерной гибкости и подвывихов суставов 5)Ангиоидных полос на сетчатке глаза <p>8. Наследственную эритему ладоней и подошв надо дифференцировать со следующими болезнями:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Эритемы ладоней при циррозе печени 2)Ладонно-подошвенной формы болезни Девержи 3)Рубромикоза ладоней и подошв 4)Центробежной эритемы 5)Ладонно-подошвенной формы псориаза <p>9. Типичные пигментации при множественном нейрофиброматозе (болезни Реклинхаузена) характеризуется всем перечисленным:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Появления пигментации с первого года жизни 2)Овальных и округлых крупных «кофейных» пятен 3)Темного цвета пигментаций и обильного роста волос на их поверхности 4)Веснушчатоподобной пигментации в подмышечных и паховых складках 5)Постепенного увеличения числа «кофейных» пятен (не менее 6) <p>10. Диагноз буллезной ихтиозиформной эритродермии может быть поставлен на основании наличия всего перечисленного, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Характерного диспластического лица 2)Папилломатозных роговых разрастаний 3)Эрозий 4)Гиперемии 5)Пузырей <p>11. В течении атопического дерматита выделяются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Сезонные стадии 2)Две стадии в зависимости от активности процесса 3)Три стадии возрастной эволютивной динамики 4)Четыре стадии в зависимости от осложнений 5)Стадийность не выявляется <p>12. Для поражения ногтей при псориазе характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Наперстковидного вдавления 2)Онихолизиса 3)Подногтевых геморрагий 4)Платонихии, койлонихии 5)Симптом масляного пятна <p>13. Пустулезный псориаз Барбера (верно все, кроме):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Относится к осложненным формам 2)Относится к неосложненным формам 3)Отличается особенной торпидностью 4)Характеризуется полиморфизмом высыпных элементов <p>14. Атрофодермия Пазини-Пьерини характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Возникновения после пенициллинотерапии 2)Полного восстановления всех тканей после разрешения процесса 3)Локализации преимущественно на спине 4)Эритематозных слегка отечных пятен в начальной стадии 5)Атрофичных буроватых пятен в поздней стадии <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 	<p>1,2,3,4</p> <p>1,2,3,5</p> <p>1,2,4,5</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1,2,3,5</p> <p>1</p> <p>1,3,4,5</p> <p>5</p>
--	--	--

	<p>5) Лаборантов медицинских лабораторий, проводящих исследования на кандидоз</p> <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) пузырек 5) узел 	<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>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 style="text-align: center;">1Б, 2Д, 3А, 4Г, 5В</p> <p style="text-align: center;">1Г, 2А, 3Б, 4В, 5И</p>

	<p>3. На коже лица (чаще у детей) появляются быстро вскрывающиеся пузыри (фликтены) с вялой крышкой 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 «мокарина») и) 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 темном 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 перианальной области. В течение последних 3-х месяцев имела множество случайных половых связей. Объективно: в перианальной 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 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 анальгин – без эффекта. Объективно: на коже правой молочной железы – очаг розово-красного цвета неправильной формы размером 3,0x7,0 см с</p>	<p align="center">Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек (широкие кондиломы перианальной области)</p> <p align="center">Опоясывающий герпес</p>

	<p>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>ПК-5</p>	<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 отчетные 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. 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. Анамнез заболевания: Больна с 3 месяцев. Обострения отмечаются в зимний период года. Из сопутствующих заболеваний: аллергический ринит. 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 поверхности обоих плеч. Шелушение наиболее выражено на голенях, воспаления нет.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>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: <ul style="list-style-type: none"> - 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 ревматолога. 5. Системно: <ul style="list-style-type: none"> - преднизолон внутрь по 20-40 мг в сутки 3-12 недели; - внутривенное введение гиалуронидазы по 64 ЕД на процедуру 1 раз в 2-3 дня, всего 10-15 инъекций;

		<p>- 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.</p> <p><i>Местно:</i> топические кортикостероиды в виде аппликаций или под окклюзионную повязку</p> <p><i>Физиотерапия:</i> 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).</p> <p><i>Хирургическая</i> коррекция у данной больной необходима при развитии и усугублении разгибательной контрактуры.</p> <p>Задание №3</p> <p>1. Вульгарный ихтиоз.</p> <p>2. В результате гистологического исследования биоптата кожи наблюдается умеренный гиперкератоз с кератотическими пробками в устьях волосяных фолликулов. Зернистый слой отсутствует.</p> <p>3. Дифференциальная диагностика проводится с ксеродермией, приобретенным ихтиозом, болезнью Девержи.</p> <p>4. Пациентам рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ежедневное увлажнение кожи с применением эмолентов; - 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; <p>возможно назначение системных ретиноидов.</p>
ПК-7	<p>1. Для выявления актуальных аллергенов у ребенка с atopическим дерматитом можно использовать:</p> <ul style="list-style-type: none"> а)иммунорегуляторного индекса б)радиоаллергосорбентного теста в)реакции бласттрансформации лимфоцитов г)реакции преципитации д)пищевого дневника <p>2. Атопический дерматит отличается от ограниченного нейродермита (лишая Видаля) следующими признаками:</p> <ul style="list-style-type: none"> а)полиморфизмом первичных высыпных элементов 	<p>б, в, г, д</p> <p>а</p>

<p>б)наличием лихенификации в)наличием полигональных лихеноидных папул г)интенсивностью зуда д)наличием дисхромии</p> <p>3. При лихеноидной форме атопического 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 атопического дерматита у детей может осложниться:</p> <p>а)атопической ювенильной катаракты б)синдрома Тоблера в)сепсиса г)ДВС-синдрома д)анафилактического шока</p> <p>5. К частым осложнениям атопического дерматита относятся все перечисленные, кроме:</p> <p>а)вторичной инфекции в очагах атопического дерматита б)мембрано-деструктивных процессов в эпителии мочевыделительных органов при обострении и атопического дерматита в)плохого сна, раздражительности г)полиаденита д)гипертиреоза</p> <p>6. Антигенное отягощение, способствующее обострению атопического дерматита у ребенка, может:</p> <p>а)избытка белковых продуктов б)витаминовых препаратов в)хронической фокальной инфекции г)применения полифепана д)применения антибиотиков</p> <p>7. Для снижения гиперчувствительности ребенку с атопическим дерматитом не следует назначать:</p> <p>а)астафен б)кларитин в)рутин г)гепарин д)преднизолон</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>9. Самой характерной клинической особенностью строфулюса (детской чесотки) 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>10. Для стафилодермий характерны признаки:</p> <p>а)распространения вглубь б)поражения кожных складок в)поражения придатков кожи</p>	<p>Г</p> <p>а, в, Г, Д</p> <p>Д</p> <p>а, б, в, д</p> <p>Д</p> <p>а</p> <p>а</p> <p>а, в, Г, Д</p>
--	--

	<p>г) фолликулярных пустул д) воспалительных узлов</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>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>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 заглочного абсцесса д) развитие флегмоны дна полости рта</p> <p>14. При гидрадените в воспалительный процесс вовлекаются:</p> <p>а) эккриновые потовые железы б) сальные железы в) все перечисленное г) апокриновые потовые железы д) ничего из перечисленного</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>16. Специфическая иммунотерапия больных рецидивирующим герпесом проводится:</p> <p>а) Интерфероном б) Поливалентной герпетической вакциной в) Пирогеналом г) Иммуноглобулином д) Левамизолом</p> <p>17. Ребенку с большим количеством милиумов, гнейсом, себорейным дерматитом, нагрубанием молочных желез и физиологической желтухой не противопоказаны:</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>	<p>Д</p> <p>Б</p> <p>В</p> <p>Г</p> <p>Д</p> <p>Б</p> <p>А</p> <p>Д</p>
ПК-7	<p>1. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПРОСТЫМ ПУЗЫРЬКОВЫМ И ОПОЯСЫВАЮЩИМ ЛИШАЯМИ</p> <p>А) простой пузырьковый лишай Б) опоясывающий лишай</p> <p>1) рецидивирующий характер поражения 2) может встречаться геморрагическая форма 3) излюбленная локализация на губах и гениталиях</p>	А1,3; Б2

	<p>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>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 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. 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 псориазные высыпания, увеличивающиеся в размере. Спустя месяц процесс принял генерализованный характер. Зудящий дерматоз возник у жены. Супруги имели общую постель и интимные контакты.</p>	<p>Задача 1. 1. Приобретенная кератодермия ладоней и подошв (кератодермия бородавчатая узелковая Лорта-Жакоба) как паранеопластический процесс. 2. Дифференциальный диагноз проводится с ладонно-подошвенным псориазом, микозом гладкой кожи, тилотической экземой. 3. А. Биопсия кожи. При гистологическом исследовании биоптата кожи в области высыпаний в эпидермисе наблюдаются выраженный гиперкератоз, паракератоз, акантоз и папилломатоз; диффузная лимфогистиоцитарная инфильтрация. Б. Проведение онкопоиска и лечение основного - онкологического заболевания. 4. Приобретенная кератодермия ладоней и подошв трудно поддается лечению. Назначают местные кератолитические и кортикостероидные мази. Возможен спонтанный регресс высыпаний при удалении опухолей.</p> <p>Задача 2. 1. Основной диагноз: чесотка. Сопутствующее заболевание: псориаз, прогрессивная стадия, осенне-зимняя форма, рецидивирующее течение.</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 поражения 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 псориатического 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Зуд приводит к механическому травмированию кожи. Таким образом реализуется изоморфная реакция Кебнера - появление свежих высыпаний на местах механической травмы. 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 псориатических папул. 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 карманы. 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>Задача 3.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. На основании клинической картины можно предположить диагноз аллергический контактный дерматит после применения хны. Обращает внимание длительность заболевания, однако аллергический контактный дерматит после исключения
--	---

		<p>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, эксцитозом 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-9	<p>1. «Львиное» лицо характеризуется:</p> <p>а) Глубоких инфильтратов кожи и подкожной клетчатки на лице б) Грубых складок на лице в) Утолщение носа, губ, ушных раковин г) Истончения и атрофии крыльев носа и ушных раковин д) Выпадение бровей</p> <p>2. Возбудитель лепры при лепроматозном типе лепры обнаруживается:</p> <p>а) В соскобе со слизистой перегородки носа б) В соскобе с поверхности инфильтрата в) В пункционном материале из инфильтрата г) В гистологическом препарате д) Во всем перечисленном, кроме б)</p> <p>3. Эризипеллоид как профессиональное заболевание возможен:</p> <p>а) У поваров б) У рабочих мясо- и рыбоперерабатывающего производства в) У кондитеров г) У медицинских работников д) Правильно а) и б)</p> <p>4. Для лечения демодекоза используется:</p> <p>а) Противовоспалительных средств б) Гормональных мазей и кремов в) Антипаразитарных средств г) Гипосенсибилизирующих средств 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 б) Через 3 дня в) Через 7 дней г) Через 2 недели д) Через 4 недели</p>	<p>а, б, в, д</p> <p>д</p> <p>д</p> <p>а, в, г, д</p> <p>а</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 б)Наличие клиники и их выявление методом ПЦР в)Отсутствие клиники, но их выявление на твердых питательных средах г)Отсутствие клиники, но их выявление на жидких питательных средах д)Наличие клиники и установление их концентрации в 104 КОЕ/мл или 10/мл или 104 копий ДНК/мл (ПЦР Real Time)</p> <p>7. При обнаружении методом ПЦР <i>M.genitalium</i> подлежит пациент лечению при отсутствии клинической картины уретрита/цервицита?</p> <p>А)Подлежит б)не подлежит в)Необходимо повторное обследование методом ПЦР г)Необходимо использование двух методик (ПЦР, ПЦР Real Time) д)Необходимо обследование методом ПЦР Nasba</p> <p>8. Признаками эндоцервицита является:</p> <p>а)Слизистой пробки в цервикальном канале б)Слизисто-гнойных выделений из цервикального канала в)Эрозии шейки матки г)Ретенционных кист шейки матки 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>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>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>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>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>а</p> <p>б, в, г, д</p> <p>в</p> <p>а</p> <p>д</p> <p>б</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>15. Термином «ключевая» клетка обозначается:</p> <p>а) Клетка цилиндрического эпителия, имеющая внутрицитоплазматические включения б) Клетка влагалищного эпителия, покрытая 26рамм-вариабельной мономорфной, упорядоченной палочковой флорой в) Клетка влагалищного эпителия, покрытая сплошь или частично 26рамм-вариабельными коккобациллярными микроорганизмами г) Клетка влагалищного эпителия, покрытая сплошь или частично 26рамм-положительной палочковой флорой д) Споровая форма микроорганизма</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 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>б</p> <p>в</p> <p>а</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</p>	<p>2, 3, 1, 4, 5</p>

	<p>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>3, 1, 2</p>
<p>ПК-9</p>	<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 «кровавой росы»). Ваш предположительный диагноз?</p> <p>2. Пациент, вернувшийся из тропической страны, жалуется на болезненные язвы на половых органах с гнойным отделяемым, а также увеличение и нагноение паховых лимфоузлов. Лимфоузлы спаяны между собой и с кожей, кожа над ними красная. В мазках из язв обнаружены граммотрицательные палочки («цепочки»). Ваш предположительный диагноз?</p>	<p>Псориаз (чешуйчатый лишай).</p> <p>Мягкий шанкр (шанкроид).</p>
<p>ПК-9</p>	<p>Задача 1. Больной 54 лет. Жалобы на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей. 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. 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. Вопросы для контроля 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. На прием к врачу обратился больной 17 лет с жалобами на высыпания в области лица, шеи, сгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей. При осмотре. Кожа в области поражения утолщена, гиперпигментирована, сухая, кожный рисунок усилен. На поверхности высыпаний наблюдаются множественные линейные повреждения, покрытые кровянистыми корочками бурого цвета. Вопросы для контроля 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>	<p>Задача 1. 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> <p>Задача 2. Вторичные элементы: лихенификация, экскориация, корка. 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</p>

	<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. 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 экскориациями. Некоторые пятна имеют тенденцию к слиянию.</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 сенсibilизации к раздражителю? 4. Ваши рекомендации по лечению и элиминации профессионального фактора. 	<p>хронические воспалительные смешанные клеточные инфильтраты в верхних слоях дермы, иногда в сочетании с фиброзом и пролиферацией лимфоцитов.</p> <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: 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.
--	---	---