

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 01.10.2026 10:36:12
Уникальный программный ключ:
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)**

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

25 июня 2026 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Специальность	<u>31.08.32 Дерматовенерология</u>
Квалификация	<u>врач-дерматовенеролог</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>дерматовенерологии</u>

**Санкт-Петербург
2026 г.**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ОПОП ВО и включает в себя подготовку к сдаче государственного экзамена и сдачу государственного экзамена.

ГИА обучающихся, освоивших программу ординатуры, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных компетенций (УК) и профессиональных компетенций (ПК).

Универсальные компетенции (УК):

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения 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-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);

- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ И ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ

Таблица 1

Код контролируемой компетенции	Показатели оценивания	Наименование оценочного средства	Шкалы оценивания
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать: пациент–ориентированный подход в современной медицине; роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения Уметь: проводить организацию самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез); применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач в области дерматовенерологии, анализировать медицинскую информацию профессионального дерматовенерологического содержания, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины Владеть: нормативной и распорядительной документацией; современными образовательными технологиями	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

УК-2 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Знать: взаимоотношения «врач-пациент», взаимоотношения в коллективе; морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, основы современного медицинского законодательства принципы ведения дискуссий в условиях плюрализма мнений и основные способы разрешения конфликтов; основные направления психологии, психологию личности и малых групп Уметь: обеспечивать рабочие отношения с другими членами коллектива; организовать работу младшего и среднего медицинского персонала в медицинских организациях; применять нормы законодательства в конкретных практических ситуациях соблюдать и защищать права врачей и пациентов Владеть: навыками изложения собственной точки зрения, анализа и логического мышления, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
УК-3 готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее или высшее образование в порядке, установленном федеральным	Знать: нормативно-правовую базу организации обучения по направлению здравоохранение, психологические основы обучения, основные принципы дидактики Уметь: планировать проведение семинарских и практических занятий Владеть: навыками подготовки правильно построенных презентаций для использования в учебном процессе	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения			
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 заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития	Знать: принципы организации работы отделений профилактики, центров здоровья, формы и методы профилактического консультирования по вопросам медицинской профилактики основных неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни; уровни и методы первичной профилактики, методы диагностики и профилактики инфекционных заболеваний кожи и слизистых оболочек, ИППП; Уметь: применять нормативно-правовую базу в медицинской профилактике; предпринимать меры профилактики направленные на предупреждения возникновения или распространения, использовать знания по профилактике болезней кожи и ИППП использовать различные формы мотивации, обучения, консультирования в области формирования здорового образа жизни и навыков медицинской профилактики Владеть: методами оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, их коррекции, давать рекомендации по здоровому питанию, мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастно-половых групп и состояния здоровья, навыками проведения гигиенического воспитания в формировании здорового образа жизни населения, самостоятельной	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	разработки программ и проектов популяционной и индивидуальной профилактики		
ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	Знать: принципы ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации, требования и правила получения информированного согласия на диагностические процедуры; правила составления диспансерных групп; основные принципы диспансеризации больных с заболеваниями кожи и ИППП Уметь: провести общеклиническое исследование по показаниям, выяснить жалобы пациента, собрать анамнез заболевания и жизни, заполнить документацию; провести клиническое обследование пациента, сформировать диспансерные группы Владеть: навыками осуществления санитарно-просветительской работы со взрослым населением, направленной на пропаганду здоровья, предупреждение заболеваний кожи, навыками заполнения учетно-отчетной документации, навыками оформления информированного согласия, методами контроля за эффективностью диспансеризации	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ПК-3 готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Знать: принципы организации противоэпидемических мероприятий в КВД в случае распространения особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях Уметь: использовать знания по проведению противоэпидемических мероприятий при работе в КВД Владеть: методами, обеспечивающими защиту сотрудников и пациентов КВД при распространении особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	обстановки и стихийных бедствиях		
ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Знать: порядок практического применения социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков с целью анализа рисков и заболеваемости; методы ведения медицинской учетно-отчетной документации в КВД Уметь: собирать, рассчитывать и анализировать основные показатели здоровья взрослых и подростков; работать с персональными данными пациентов и сведениями Владеть: навыками ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации и сбора информации о заболеваемости населения; навыками расчета и анализа статистических показателей, характеризующих состояние здоровья взрослых и подростков при работе в КВД	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знать: современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных с инфекционными и неинфекционными заболеваниями кожи, необходимые для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. Уметь: выбирать и использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики заболевания и патологических процессов; оформлять медицинскую документацию. Интерпретировать результаты лабораторных и ин-	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	струментальных методов исследования, поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования. Владеть: методами обследования (расспрос, сбор объективной и субъективной информации) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов при кожных заболеваниях; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза пациентам на основании Международной классификации болезней		
ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями	Знать: основные характеристики лекарственных препаратов, используемых в дерматовенерологии, показания и противопоказания к их назначению, показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов; методы лечения заболеваний, согласно установленным стандартам; Уметь: оказывать первую помощь, лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях, осуществить выбор и обосновать необходимость применения лекарственных средств. Владеть: алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий при неинфекционных болезнях кожи, инфекционных и паразитарных болезнях кожи, микозах, инфекциях, передаваемых половым путем; оценки тяжести состояния больного: определения объема первой и неотложной помощи и оказания ее; выявления показания к срочной или плановой госпитализации; составления обоснованного плана лечения; выявления возможных	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	осложнений лекарственной терапии; коррекции плана лечения при отсутствии эффекта или развитии осложнений; своевременно выявлять жизнеопасные нарушения		
ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Знать: особенности патологии у пострадавших в ЧС, алгоритмы оказания неотложной помощи и сердечно-легочной реанимации. Уметь: оказывать медицинскую помощь пострадавшим в ЧС, в том числе оказывать неотложную помощь и проводить сердечно-легочную реанимацию. Владеть: навыками в организации оказания медицинской помощи в ЧС, навыками оказания неотложной помощи и навыками проведения сердечно-легочной реанимации.	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	Знать: основные подходы к рекомендациям и назначению оптимального режима питания, труда, отдыха в зависимости от морфофункционального статуса; определять показания и противопоказания к назначению физиотерапии, рефлексотерапии, фототерапии, гомеопатии и др. средств немедикаментозной терапии при заболеваниях кожи, слизистых оболочек; механизм лечебно-реабилитационного воздействия физиотерапии, рефлексотерапии, фототерапии, гомеопатии и др. средств немедикаментозной терапии; использовать основные курортные факторы при лечении пациентов дерматологического профиля. Уметь: обосновать выбор физиотерапевтического воздействия, природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии; предпринимать меры профилактики осложнений при физиотерапевтическом лечении; лекарствен-	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	ной, немедикаментозной терапии; разработать оптимальную тактику лечения заболеваний с использованием физиотерапевтических методов, природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии. Владеть: навыками осуществлять реабилитационные мероприятия методами физиотерапии, лекарственной, немедикаментозной терапии использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов немедикаментозной терапии с учетом современных подходов к назначению средств		
ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Знать: основные принципы концепции здорового образа жизни; методики проведения среди населения санитарно-просветительской деятельности; задачи и роль врача-дерматовенеролога в формировании мотивации у пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих. Уметь: проводить среди пациентов разъяснительную работу о роли здорового образа жизни в профилактике распространения кожных заболеваний и ИППП. Владеть: навыками проведения мероприятий, направленных на формирования у населения принципов здорового образа жизни	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Знать: основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в городских и районных КВД и их структурных подразделениях; основы организации профилактики; основы организации медицинской деятельности; Уметь: принимать решения при работе со средним и младшим медицинским персоналом, и	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	иными сотрудниками при работе в КВД. Владеть: навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общения с людьми; формирования приказов; формирования планов, принятия решений; владеть показателями, характеризующими состояние здоровья населения и результатами деятельности организаций и подразделений здравоохранения;		
ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Знать: принципы сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и детей; основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, в части, касающейся организации медицинской помощи в учреждениях здравоохранения амбулаторного звена; Уметь: применять методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья; применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, в части, касающейся организации медицинской помощи в учреждениях здравоохранения амбулаторного звена; Владеть: навыками сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и детей; работы в прикладных программах, используемых для расчетов в лечебно-диагностической и организационно управленческой де-	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

	тельности в учреждениях здравоохранения амбулаторного звена;		
ПК-12 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Знать: принципы организации лечебно-эвакуационных мероприятий в ЧС, порядок организации развертывания и работы учреждений здравоохранения в условиях массового поступления пострадавших в ЧС. Уметь: проводить медицинскую сортировку пострадавших в ЧС, проводить мероприятия по перестройке работы учреждения здравоохранения для приема пострадавших в ЧС. Владеть: навыками проведения медицинской сортировки в ЧС	Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания

4. КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

4.1. Практическая подготовка (перечень практических умений и навыков)

1. Базовая сердечно - легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей.

Информация (брифинг) для ординатора: Вы увидели, что человеку стало плохо. Необходимо оказать ему первую помощь в рамках своих умений. На станции есть автоматический наружный дефибриллятор (АНД), однако воспользоваться им Вы сможете только после соответствующей голосовой команды. Сразу после входа на станцию АНД Вам недоступен.

1 сценарий. Полное нарушение проходимости верхних дыхательных путей у пострадавшего, вызванное инородным телом с последующей остановкой дыхания и кровообращения (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, подлежащий дефибрилляции)

2 сценарий. Остановка дыхания и кровообращения у пострадавшего с их восстановлением после реанимационных мероприятий, сопровождающимся отсутствием сознания (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, подлежащий дефибрилляции)

1 Сценарий.

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности и при необходимости обеспечил безопасные условия для оказания помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Приступил к первой помощи пострадавшему с инородным телом верхних дыхательных путей</i>	☐ да ☐ нет
2.	Спросил пострадавшего: «Вы подавились?»	☐ да ☐ нет
3.	Наклонил пострадавшего вперед	☐ да ☐ нет
4.	Нанес 5 ударов основанием своей ладони между лопатками пострадавшего	☐ да ☐ нет
5.	Оценивал факт удаления инородного тела после каждого удара	☐ да ☐ нет
6.	Выполнил 5 надавливаний своим кулаком, накрытым ладонью второй руки, на верхнюю часть живота пострадавшего, обхватив его сзади	☐ да ☐ нет
7.	Оценивал факт удаления инородного тела после каждого надавливания	☐ да ☐ нет
	<i>Определил признаки жизни</i>	☐ да ☐ нет
8.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	☐ да ☐ нет
9.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	☐ да ☐ нет
10.	Освободил грудную клетку пострадавшего от одежды	☐ да ☐ нет
11.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки поднял подбородок пострадавшего и запрокинул голову, открывая дыхательные пути	☐ да ☐ нет

12.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	☐ да ☐ нет
13.	Оценивал наличие нормального дыхания не менее 7 и не более 10 секунд	☐ да ☐ нет
	<i>Вызвал скорую медицинскую помощь по алгоритму:</i>	☐ да ☐ нет
14.	• факт вызова бригады	☐ да ☐ нет
15.	• место (адрес) происшествия	☐ да ☐ нет
16.	• количество пострадавших	☐ да ☐ нет
17.	• пол	☐ да ☐ нет
18.	• примерный возраст	☐ да ☐ нет
19.	• состояние пострадавшего	☐ да ☐ нет
20.	• объём оказываемой помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Подготовился к надавливаниям на грудную клетку:</i>	☐ да ☐ нет
21.	Встал на колени сбоку от пострадавшего, лицом к нему	☐ да ☐ нет
22.	Основание ладони одной руки положил на центр грудной клетки пострадавшего	☐ да ☐ нет
23.	Вторую ладонь положил на первую руку, захватив ее в замок	☐ да ☐ нет
	Осуществил надавливания на грудину пострадавшего:	☐ да ☐ нет
24.	Совершал 30 надавливаний подряд	☐ да ☐ нет
25.	Держал руки перпендикулярно плоскости грудины	☐ да ☐ нет
26.	Не сгибал руки в локтях	☐ да ☐ нет
27.	Отсчитывал надавливания вслух	☐ да ☐ нет
	<i>Выполнил вдохи искусственного дыхания:</i>	☐ да ☐ нет
28.	Использовал собственную специальную лицевую маску или лицевую пленку	☐ да ☐ нет
29.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	☐ да ☐ нет
30.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	☐ да ☐ нет
31.	Запрокинул голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, и сделал свой нормальный вдох	☐ да ☐ нет
32.	Двумя пальцами руки, расположенной на лбу, зажал нос пострадавшего	☐ да ☐ нет
33.	Произвел выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
34.	Продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, разжал нос, убрал свои губы ото рта пострадавшего	☐ да ☐ нет
35.	Повторил выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
	<i>Применение АНД</i>	☐ да ☐ нет
36.	Включил АНД	☐ да ☐ нет

37.	Правильно наклеил электроды на грудную клетку пострадавшего	☐ да ☐ нет
38.	Не прикасался к пострадавшему во время анализа АНД сердечного ритма	☐ да ☐ нет
39.	Нажал на кнопку «Разряд» по команде АНД	☐ да ☐ нет
40.	Не прикасался к пострадавшему в момент нанесения разряда	☐ да ☐ нет
41.	По команде АНД приступил к надавливаниям на грудную клетку	☐ да ☐ нет
42.	Продолжил проводить СЛР в течение 2-х минут до следующей команды АНД	☐ да ☐ нет
	<i>Показатели тренажера:</i>	☐ да ☐ нет
43.	Адекватная глубина надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
44.	Адекватное положение рук при надавливании (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
45.	Полное расправление грудной клетки после каждого надавливания (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
46.	Адекватная частота надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
47.	Адекватный объем вдохов искусственного дыхания (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
	<i>Нерегламентированные и небезопасные действия:</i>	☐ да ☐ нет
48.	Отсутствовали надавливания на грудную клетку	☐ да ☐ нет
49.	Проводилась оценка пульса на сонной артерии без оценки дыхания	☐ да ☐ нет
50.	Проводилась оценка пульса на лучевой и/или других периферических артериях	☐ да ☐ нет
51.	Проводилась оценка неврологического статуса (проверка реакции зрачков на свет)	☐ да ☐ нет
52.	Проводился поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов, зеркальца, пёрышка и т.п.)	☐ да ☐ нет
53.	Проводился сбор анамнеза, поиск медицинской документации	☐ да ☐ нет
54.	Было выбрано неправильное место для нанесения ударов	☐ да ☐ нет
55.	Было выбрано неправильное место для надавливаний на живот	☐ да ☐ нет

2 Сценарий.

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия испытуемого	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности и при необходимости обеспечил безопасные условия для оказания помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Определил признаки жизни</i>	
2.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	☐ да ☐ нет
3.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	☐ да ☐ нет
4.	Освободил грудную клетку пострадавшего от одежды	☐ да ☐ нет
5.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки поднял подбородок пострадавшего и запрокинул голову, открывая дыхательные пути	☐ да ☐ нет
6.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	☐ да ☐ нет

7.	Оценивал наличие нормального дыхания не менее 7 и не более 10 секунд	☐ да ☐ нет
	<i>Вызвал скорую медицинскую помощь по алгоритму:</i>	
8.	• факт вызова бригады	☐ да ☐ нет
9.	• место (адрес) происшествия	☐ да ☐ нет
10.	• количество пострадавших	☐ да ☐ нет
11.	• пол	☐ да ☐ нет
12.	• примерный возраст	☐ да ☐ нет
13.	• состояние пострадавшего	☐ да ☐ нет
14.	• объем оказываемой помощи	☐ да ☐ нет
	<i>Подготовился к надавливаниям на грудную клетку:</i>	
15.	Встал на колени сбоку от пострадавшего, лицом к нему	☐ да ☐ нет
16.	Основание ладони одной руки положил на центр грудной клетки пострадавшего	☐ да ☐ нет
17.	Вторую ладонь положил на первую руку, захватив ее в замок	☐ да ☐ нет
	<i>Осуществил надавливания на грудину пострадавшего:</i>	
18.	Совершал 30 надавливаний подряд	☐ да ☐ нет
19.	Держал руки перпендикулярно плоскости грудины	☐ да ☐ нет
20.	Не сгибал руки в локтях	☐ да ☐ нет
21.	Отсчитывал надавливания вслух	☐ да ☐ нет
	<i>Выполнил вдохи искусственного дыхания:</i>	
22.	Использовал собственную специальную лицевую маску или лицевую пленку	☐ да ☐ нет
23.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	☐ да ☐ нет
24.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	☐ да ☐ нет
25.	Запрокинул голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, и сделал свой нормальный вдох	☐ да ☐ нет
26.	Двумя пальцами руки, расположенной на лбу, зажал нос пострадавшего	☐ да ☐ нет
27.	Произвел выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
28.	Продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, разжал нос, убрал свои губы ото рта пострадавшего	☐ да ☐ нет
29.	Повторил выдох в дыхательные пути пострадавшего	☐ да ☐ нет
	<i>Применение АНД</i>	
30.	Включил АНД	☐ да ☐ нет
31.	Правильно наклеил электроды на грудную клетку пострадавшего	☐ да ☐ нет
32.	Не прикасался к пострадавшему во время анализа АНД сердечного ритма	☐ да ☐ нет
33.	Нажал на кнопку «Разряд» по команде АНД	☐ да ☐ нет
34.	Не прикасался к пострадавшему в момент нанесения разряда	☐ да ☐ нет
35.	По команде АНД приступил к надавливаниям на грудную клетку	☐ да ☐ нет
36.	Продолжил проводить СЛР в течение 2-х минут до следующей команды АНД	☐ да ☐ нет
	<i>Показатели тренажера:</i>	
37.	Адекватная глубина надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
38.	Адекватное положение рук при надавливаниях (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
39.	Полное расправление грудной клетки после каждого надавливания (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
40.	Адекватная частота надавливаний (не менее 80%)	☐ да ☐ нет

41.	Адекватный объём вдохов искусственного дыхания (не менее 80%)	☐ да ☐ нет
	<i>Придание устойчивого бокового положения</i>	
42.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	☐ да ☐ нет
43.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	☐ да ☐ нет
44.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	☐ да ☐ нет
45.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	☐ да ☐ нет
46.	Запрокинул голову, открывая дыхательные пути	☐ да ☐ нет
47.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	☐ да ☐ нет
48.	Оценил наличие нормального дыхания в течение не менее 7 и не более 10 секунд	☐ да ☐ нет
49.	Расположил ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу	☐ да ☐ нет
50.	Дальнюю руку пострадавшего приложил тыльной стороной ладони к противоположной щеке пострадавшего	☐ да ☐ нет
51.	Согнул дальнюю от себя ногу пострадавшего в колене поставил её с опорой на стопу	☐ да ☐ нет
52.	Повернул пострадавшего на себя, надавив на колено согнутой ноги	☐ да ☐ нет
53.	Подтянул ногу, лежащую сверху, ближе к животу	☐ да ☐ нет
54.	Слегка запрокинул голову пострадавшего для открытия дыхательных путей	☐ да ☐ нет
55.	Проверил признаки дыхания у пострадавшего	☐ да ☐ нет
	<i>Нерегламентированные и небезопасные действия:</i>	
56.	Отсутствовали надавливания на грудную клетку	☐ да ☐ нет
57.	Проводилась оценка пульса на сонной артерии без оценки дыхания	☐ да ☐ нет
58.	Проводилась оценка пульса на лучевой и/или других периферических артериях	☐ да ☐ нет
59.	Проводилась оценка неврологического статуса (проверка реакции зрачков на свет)	☐ да ☐ нет
60.	Проводился поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов, зеркальца, пёрышка и т.п.)	☐ да ☐ нет
61.	Проводился сбор анамнеза, поиск медицинской документации	☐ да ☐ нет
62.	Повернул пострадавшего «от себя»	☐ да ☐ нет
63.	Нарушил последовательность придания устойчивого бокового положения	☐ да ☐ нет
64.	Отсутствовала проверка дыхания после придания устойчивого бокового положения	☐ да ☐ нет

2. Женская венерология

Информация (брифинг) для ординатора:

Вы врач – дерматовенеролог. В кабинете Вас ждёт пациентка 24 лет. Жалоб нет.

Из анамнеза известно, что у нее был незащищенный половой контакт 3 недели назад. Самостоятельно не лечилась. Постоянного партнера нет, хронические заболевания отсутствуют. Необходимо провести осмотр пациентки, используя приёмы физикального осмотра, а также получить клинический материал для микроскопического исследования / ДНК диагностики.

Добровольное информированное согласие на манипуляцию получено. Все производимые Вами действия необходимо озвучивать.

Сценарий 1: Проведение гинекологического осмотра. Получение клинического материала для лабораторных исследований у женщин (микроскопическое исследование)

Сценарий 2: Проведение гинекологического осмотра. Получение клинического материала для лабораторных исследований у женщин (ПЦР диагностика)

1 Сценарий.

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действие аттестуемого лица	Критерии оценки
1	Установил контакт с пациенткой (поздоровался, представился, обозначил свою роль)	☐ да ☐ нет
2	Идентифицировал пациентку (попросил представиться, сверил с медицинской документацией)	☐ да ☐ нет
3	Уточнил самочувствие пациентки	☐ да ☐ нет
4	Информировал пациентку о процедуре и уточнил наличие вопросов	☐ да ☐ нет
5	Подготовил и проверил оборудование (смотровые перчатки, пеленку медицинскую, анатомический пинцет, одноразовый инструмент для забора биологического материала (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана), предметные стекла (маркированные), пробирку типа Эппендорф, марлевые (ватные) шарики, физиологический раствор, гинекологическое зеркало, закреплённые пакеты для сбора отходов класса А и Б)	☐ да ☐ нет
6	Обработал руки, надел смотровые перчатки	☐ да ☐ нет
7	Предложил пациентке раздеться ниже пояса для гинекологического обследования и разместиться на гинекологическом кресле (предварительно застелил кресло пеленкой медицинской)	☐ да ☐ нет
8	Оценил и прокомментировал строение наружных половых органов, состояние слизистых преддверия влагалища и уретры	☐ да ☐ нет
9	Предупредил пациентку о неприятных ощущениях при проведении манипуляций	☐ да ☐ нет
10	Произвел массаж уретры через переднюю стенку влагалища, прокомментировал его технику	☐ да ☐ нет
11	Очистил область наружного отверстия мочеиспускательного канала ватным тампоном, смоченным физиологическим раствором, с помощью анатомического пинцета	☐ да ☐ нет
12	Утилизировал тампон в контейнер для сбора отходов класса Б, вернул пинцет в упаковку	☐ да ☐ нет
13	Вскрыл упаковку инструмента для взятия биологического материала (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана), утилизировал ее в контейнер для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет
14	Предупредил пациентку о неприятных ощущениях при проведении манипуляций	☐ да ☐ нет
15	Ввел инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в уретру, прокомментировал технику введения	☐ да ☐ нет
16	Произвел соскоб эпителия уретры	☐ да ☐ нет

17	Поместил содержимое инструмента (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана) на предметное стекло / в пробирку типа Эппендорф	☐ да ☐ нет
18	Утилизировал использованный инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
19	Вскрыл упаковку расширителя влагалищного (гинекологического зеркала) и утилизировал ее в контейнер для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет
20	Предупредил пациентку о неприятных ощущениях при проведении манипуляций	☐ да ☐ нет
21	Правильно ввел гинекологическое зеркало	☐ да ☐ нет
22	Оценил слизистую влагалища, влагалищной части шейки матки, цервикального канала, прокомментировал	☐ да ☐ нет
23	Вскрыл упаковку инструмента (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана) и утилизировал ее в контейнер для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет
24	Ввел инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) во влагалище	☐ да ☐ нет
25	Взял материал из заднебокового свода влагалища, прокомментировал	☐ да ☐ нет
26	Поместил содержимое инструмента (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана) на предметное стекло / в пробирку типа Эппендорф	☐ да ☐ нет
27	Утилизировал использованный инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в пакет для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
28	Очистил ватным тампоном с помощью анатомического пинцета влагалищную часть шейки матки	☐ да ☐ нет
29	Утилизировал тампон в контейнер для сбора отходов класса Б, вернул пинцет в упаковку	☐ да ☐ нет
30	Вскрыл упаковку инструмента (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана) и утилизировал ее в контейнер для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет
31	Ввел инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в цервикальный канал, прокомментировал	☐ да ☐ нет
32	Произвел соскоб эпителия цервикального канала	☐ да ☐ нет
33	Поместил содержимое инструмента (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана) на предметное стекло / в пробирку типа Эппендорф	☐ да ☐ нет
34	Утилизировал использованный инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в контейнер для сбора отходов класса Б в контейнер для сбора	☐ да ☐ нет
35	Правильно удалил гинекологическое зеркало	☐ да ☐ нет
36	Утилизировал гинекологическое зеркало в контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
37	Вскрыл упаковку инструмента (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана) и утилизировал ее в контейнер для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет

38	Предупредил пациентку о неприятных ощущениях при проведении манипуляций	☐ да ☐ нет
39	Ввел инструмент (универсальный уrogenитальный зонд/ложку Фолькмана) в анальное отверстие, прокомментировал технику введения	☐ да ☐ нет
40	Произвел соскоб эпителия ампулы прямой кишки	☐ да ☐ нет
41	Поместил содержимое инструмента (универсального уrogenитального зонда/ложки Фолькмана) на предметное стекло / в пробирку типа Эппендорф	☐ да ☐ нет
42	Утилизировал использованный инструмент (универсальный уrogenитальный зонд/ложку Фолькмана) в контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
43	Предупредил пациентку о неприятных ощущениях при проведении манипуляций	☐ да ☐ нет
44	Произвел бимануальное обследование, прокомментировал его	☐ да ☐ нет
45	Сообщил пациентке об окончании осмотра и забора материала для клинического исследования, попросил одеться	☐ да ☐ нет
46	Снял с гинекологического кресла пеленку медицинскую и утилизировал ее в пакет для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
47	Снял нестерильные перчатки и утилизировал их в пакет для сбора отходов класса Б, обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
48	Сделал отметку в медицинской документации о проведении процедуры	☐ да ☐ нет

2 Сценарий.

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действие аттестуемого лица	Критерии оценки
1	Установил контакт с пациенткой (поздоровался, представился, обозначил свою роль)	☐ да ☐ нет
2	Идентифицировал пациентку (попросил представиться, сверил с медицинской документацией)	☐ да ☐ нет
3	Уточнил самочувствие пациентки	☐ да ☐ нет
4	Информировал пациентку о процедуре и уточнил наличие вопросов	☐ да ☐ нет
5	Подготовил и проверил оборудование (смотровые перчатки, пеленку медицинскую, анатомический пинцет, одноразовый инструмент для забора биологического материала (универсальный уrogenитальный зонд/ложку Фолькмана), предметные стекла (маркированные), пробирку типа Эппендорф, марлевые (ватные) шарики, физиологический раствор, гинекологическое зеркало, закреплённые пакеты для сбора отходов класса А и Б)	☐ да ☐ нет
6	Обработал руки, надел смотровые перчатки	☐ да ☐ нет
7	Предложил пациентке раздеться ниже пояса для гинекологического обследования и разместиться на гинекологическом кресле (предварительно застелил кресло пеленкой медицинской)	☐ да ☐ нет

8	Оценил и прокомментировал строение наружных половых органов, состояние слизистых преддверия влагалища и уретры	☐ да ☐ нет
9	Предупредил пациентку о неприятных ощущениях при проведении манипуляций	☐ да ☐ нет
10	Произвел массаж уретры через переднюю стенку влагалища, прокомментировал его технику	☐ да ☐ нет
11	Очистил область наружного отверстия мочеиспускательного канала ватным тампоном, смоченным физиологическим раствором, с помощью анатомического пинцета	☐ да ☐ нет
12	Утилизировал тампон в контейнер для сбора отходов класса Б, вернул пинцет в упаковку	☐ да ☐ нет
13	Вскрыл упаковку инструмента для взятия биологического материала (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана), утилизировал ее в контейнер для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет
14	Предупредил пациентку о неприятных ощущениях при проведении манипуляций	☐ да ☐ нет
15	Ввел инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в уретру, прокомментировал технику введения	☐ да ☐ нет
16	Произвел соскоб эпителия уретры	☐ да ☐ нет
17	Поместил содержимое инструмента (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана) на предметное стекло / в пробирку типа Эппендорф	☐ да ☐ нет
18	Утилизировал использованный инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
19	Вскрыл упаковку расширителя влагалищного (гинекологического зеркала) и утилизировал ее в контейнер для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет
20	Предупредил пациентку о неприятных ощущениях при проведении манипуляций	☐ да ☐ нет
21	Правильно ввел гинекологическое зеркало	☐ да ☐ нет
22	Оценил слизистую влагалища, влагалищной части шейки матки, цервикального канала, прокомментировал	☐ да ☐ нет
23	Вскрыл упаковку инструмента (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана) и утилизировал ее в контейнер для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет
24	Ввел инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) во влагалище	☐ да ☐ нет
25	Взял материал из заднебокового свода влагалища, прокомментировал	☐ да ☐ нет
26	Поместил содержимое инструмента (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана) на предметное стекло / в пробирку типа Эппендорф	☐ да ☐ нет
27	Утилизировал использованный инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в пакет для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
28	Очистил ватным тампоном с помощью анатомического пинцета влагалищную часть шейки матки	☐ да ☐ нет
29	Утилизировал тампон в контейнер для сбора отходов класса Б, вернул пинцет в упаковку	☐ да ☐ нет

30	Вскрыл упаковку инструмента (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана) и утилизировал ее в контейнер для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет
31	Ввел инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в цервикальный канал, прокомментировал	☐ да ☐ нет
32	Произвел соскоб эпителия цервикального канала	☐ да ☐ нет
33	Поместил содержимое инструмента (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана) на предметное стекло / в пробирку типа Эппендорф	☐ да ☐ нет
34	Утилизировал использованный инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
35	Правильно удалил гинекологическое зеркало	☐ да ☐ нет
36	Утилизировал гинекологическое зеркало в контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
37	Вскрыл упаковку инструмента (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана) и утилизировал ее в контейнер для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет
38	Предупредил пациентку о неприятных ощущениях при проведении манипуляций	☐ да ☐ нет
39	Ввел инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в анальное отверстие, прокомментировал технику введения	☐ да ☐ нет
40	Произвел соскоб эпителия ампулы прямой кишки	☐ да ☐ нет
41	Поместил содержимое инструмента (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана) на предметное стекло / в пробирку типа Эппендорф	☐ да ☐ нет
42	Утилизировал использованный инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в контейнер для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
43	Предупредил пациентку о неприятных ощущениях при проведении манипуляций	☐ да ☐ нет
44	Произвел бимануальное обследование, прокомментировал его	☐ да ☐ нет
45	Сообщил пациентке об окончании осмотра и забора материала для клинического исследования, попросил одеться	☐ да ☐ нет
46	Снял с гинекологического кресла пленку медицинскую и утилизировал ее в пакет для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
47	Снял нестерильные перчатки и утилизировал их в пакет для сбора отходов класса Б, обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
48	Сделал отметку в медицинской документации о проведении процедуры	☐ да ☐ нет

Медицинская документация

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕБНУЮ (ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ) МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ)

Я, Иванова И.И. , (фамилия, имя, отчество) «01» января 19__ г. рождения, зарегистрированный по адресу: (адрес места жительства гражданина, либо его законного представителя) даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, включенных в перечни определенных видов медицинских вмешательств, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (далее - Перечни), Федеральным законом от 30 марта 1995 г. №38-ФЗ (в редакции от 02.07.2013г.), распоряжением Департамента здравоохранения г.Москвы от 14 апреля 2006 г. N 260-р, обследование половой системы и взятие мазков Медицинским работником _____XXX_____ (долж-

ность, Ф.И.О. медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечни, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.6724; 2012, № 26, ст.3442, 3446).

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры). Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

Иванова И.И. _____

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) (подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника) (подпись)

АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА

Министерство здравоохранения РФ Код формы по ОКУД _____

Код организации по ОКПО _____

наименование учреждения _____

Адрес Медицинская документация _____

Учетная форма № 025/у

Утверждена приказом Минздрава

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ № _____

1. Дата заполнения медицинской карты: число _____ месяц _____ год
__20__

2. Фамилия, имя, отчество _____ Иванова

И.И. _____

3. Пол: муж. - 1, жен. - 2 4. Дата рождения: число __01__ месяц __01__ год __19__

5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____

Район _____ Город _____ населенный пункт _____

Улица _____ Дом _____ Квартира _____ тел. _____

6. Местность: городская - 1, сельская - 2

7. Полис ОМС:

серия _____ № _____ 8. СНИЛС

9. Наименование страховой медицинской организации _____

10. Код категории

льготы _____ 11. Документ: _____ серия _____ № _____

12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке – 1, не состоит в браке – 2, неизвестно – 3.

14. Образование: профессиональное: высшее – 1, среднее – 2; общее: среднее – 3, основное – 4, начальное – 5; неизвестно – 6.

15. Занятость: работает – 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу – 2; пенсионер(ка) – 3, студент(ка) – 4, не работает – 5, прочие – 6.

16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) _____

17. Место работы, должность _____

18. Изменение места работы _____

19. Изменение места регистрации _____

20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно (+/-)	Врач

21. Группа крови _____ 22. Rh-фактор _____ 23. Аллергические реакции _отрицает_

24. Записи врачей-специалистов:

Дата осмотра _____ на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.

Врач (специальность) _____ XXX _____

Жалобы пациента: На неприятные ощущения в области половых органов Анамнез заболевания, жизни: 3 недели назад имела незащищенный половой акт

Объективные данные _____

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

код по МКБ-10 _____

Группа здоровья _____ Диспансерное наблюдение _____

3. Мужская венерология

Информация (брифинг) для ординатора: Вы – врач-дерматовенеролог.

Вы - врач-дерматовенеролог. В смотровом кабинете Вас ждёт пациент 24 лет. Жалоб нет. Из анамнеза известно, что у пациента был незащищенный половой контакт 3 недели назад. Самостоятельно не лечился. Постоянного партнера нет, хронические заболевания отсутствуют. Необходимо провести осмотр пациента, используя приёмы физикального осмотра, а также получить клинический материал для микроскопического исследования и ДНК диагностики. Добровольное информированное согласие на манипуляцию подписано заранее. Все производимые Вами действия необходимо озвучивать.

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия ординатора	Критерии оценки
1	Установил контакт с пациентом (поздоровался, представился, обозначил свою роль)	☐ да ☐ нет
2	Идентифицировал пациента (попросил пациента представиться, сверил с медицинской документацией)	☐ да ☐ нет
3	Уточнил самочувствие пациента	☐ да ☐ нет
4	Информировал пациента о процедуре и уточнил наличие вопросов	☐ да ☐ нет
5	Подготовил все необходимое оборудование: стерильные инструменты для взятия биологического материала (смотровые перчатки, анатомический пинцет, ложка Фолькмана/универсальный урогенитальный зонд), предметные стекла, пробирку типа Эппендорф, анатомический пинцет, марлевые (ватные) тампоны, физиологический раствор, закрепленные пакеты для сбора отходов класса А и Б, непрокальваемый контейнер для утилизации отходов класса Б	☐ да ☐ нет
6	Обработал руки гигиеническим способом, надел смотровые перчатки	☐ да ☐ нет
7	Предложил пациенту раздеться ниже пояса для осмотра кожных покровов и слизистых	☐ да ☐ нет
8	Оценил строение и окраску кожных покровов наружных половых органов, перианальной области, наличие/отсутствие высыпаний, прокомментировал	☐ да ☐ нет
9	Оценил окраску, наличие/отсутствие высыпаний, отделяемого на половых органах и губках уретры, прокомментировал	☐ да ☐ нет

10	Сообщил пациенту о своих дальнейших действиях и возможных неприятных ощущениях при введении массаже уретры	☐ да ☐ нет
11	Произвел массаж уретры, прокомментировал его технику	☐ да ☐ нет
12	Вскрыл упаковку инструмента для забора биологического материала (анатомического пинцета) и утилизировал ее в пакет для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет
13	Очистил область наружного отверстия мочеиспускательного канала с помощью стерильного ватного тампона, смоченного физиологическим раствором	☐ да ☐ нет
14	Утилизировал использованный инструмент (анатомический пинцет), тампон в пакет для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
15	Вскрыл упаковку инструмента для забора биологического материала (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана) и утилизировал ее в пакет для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет
16	Сообщил пациенту о своих дальнейших действиях и возможных неприятных ощущениях при введении инструмента в уретру	☐ да ☐ нет
17	Ввел инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в уретру, прокомментировал технику введения	☐ да ☐ нет
18	Произвел соскоб эпителия уретры	☐ да ☐ нет
19	Поместил содержимое инструмента (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана) на предметном стекле	☐ да ☐ нет
20	Утилизировал использованный инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в пакет для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
21	Вскрыл упаковку инструмента для забора биологического материала (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана) и утилизировал ее в пакет для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет
22	Сообщил пациенту о своих дальнейших действиях и возможных неприятных ощущениях при введении инструмента в уретру	☐ да ☐ нет
23	Ввел инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в уретру, прокомментировал технику введения	☐ да ☐ нет
24	Произвел соскоб эпителия уретры	☐ да ☐ нет
25	Поместил содержимое инструмента (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана) в пробирку типа Эппендорф	☐ да ☐ нет
26	Утилизировал использованный инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в пакет для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
27	Вскрыл упаковку инструмента (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана), утилизировал ее в пакет для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет
28	Сообщил пациенту о своих дальнейших действиях и возможных неприятных ощущениях при введении инструмента в анальное отверстие	☐ да ☐ нет
29	Ввел инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в анальное отверстие, прокомментировал технику введения	☐ да ☐ нет
30	Произвел соскоб эпителия ампулы прямой кишки	☐ да ☐ нет
31	Поместил содержимое инструмента на предметном стекле	☐ да ☐ нет
32	Утилизировал использованный инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в пакет для сбора отходов	☐ да ☐ нет

	класса Б	
33	Вскрыл упаковку инструмента (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана), утилизировал ее в пакет для сбора отходов класса А	☐ да ☐ нет
34	Сообщил пациенту о своих дальнейших действиях и возможных неприятных ощущениях при введении инструмента в анальное отверстие	☐ да ☐ нет
35	Ввел инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в анальное отверстие, прокомментировал технику введения	☐ да ☐ нет
36	Произвел соскоб эпителия ампулы прямой кишки	☐ да ☐ нет
37	Поместил содержимое инструмента (универсального урогенитального зонда/ложки Фолькмана) в пробирку типа Эппендорф	☐ да ☐ нет
38	Утилизировал использованный инструмент (универсальный урогенитальный зонд/ложку Фолькмана) в пакет для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
39	Сообщил пациенту об окончании осмотра и забора материала для клинического исследования-. Попросил одеться	☐ да ☐ нет
40	Снял нестерильные перчатки и утилизировать их в пакет для сбора отходов класса Б	☐ да ☐ нет
41	Сделал отметку в медицинской документации о проведении процедуры	☐ да ☐ нет

Медицинская документация
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕБНУЮ
(ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ) МАНИПУЛЯЦИЮ (ПРОЦЕДУРУ)

Я, Иванов И.И. , (фамилия, имя, отчество) «01» января 19__ г. рождения, зарегистрированный по адресу: (адрес места жительства гражданина, либо его законного представителя) даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, включенных в перечни определенных видов медицинских вмешательств, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (далее - Перечни), Федеральным законом от 30 марта 1995 г. №38-ФЗ (в редакции от 02.07.2013г.), распоряжением Департамента здравоохранения г.Москвы от 14 апреля 2006 г. N 260-р, обследование половой системы и взятие мазков Медицинским работником

XXX (должность, Ф.И.О. медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечни, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст.6724; 2012, № 26, ст.3442, 3446).

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры). Мне полностью ясно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения). Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

Иванов И.И. _____

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) (подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника) (подпись)

АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА

Министерство здравоохранения РФ Код формы по ОКУД _____

Код организации по ОКПО

наименование учреждения _____

Адрес Медицинская документация

Учетная форма № 025/у

Утверждена приказом Минздрава

России от 15 декабря 2014 г. 834

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ № _____

1. Дата заполнения медицинской карты: число _____ месяц _____ год
_____ 20 _____

2. Фамилия, имя, отчество _____ Иванов

И.И. _____

3. Пол: муж. - 1, жен. - 2 4. Дата рождения: число ____ 01 ____ месяц ____ 01 ____ год ____ 19 ____

5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____

Район _____ Город _____ населенный пункт _____

Улица _____ Дом _____ Квартира _____ тел. _____

6. Местность: городская - 1, сельская - 2

7. Полис ОМС:

серия _____ № _____ 8. СНИЛС

9. Наименование страховой медицинской организации

10. Код категории

льготы _____ 11. Документ: _____ серия _____ № _____

12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке – 1, не состоит в браке – 2, неизвестно – 3.

14. Образование: профессиональное: высшее – 1, среднее – 2; общее: среднее – 3, основное – 4, начальное – 5; неизвестно – 6.

15. Занятость: работает – 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу – 2; пенсионер(ка) – 3,

студент(ка) – 4, не работает – 5, прочие – 6.

16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) _____

17. Место работы, должность _____

18. Изменение места работы _____

19. Изменение места регистрации _____

20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно (+/-)	Врач

21. Группа крови _____ 22. Rh-фактор _____ 23. Аллергические реакции _отрицает_

24. Записи врачей-специалистов:

Дата осмотра _____ на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.

Врач (специальность) _____ XXX _____

4.2. Аттестационные тесты

Основная функция гиподермы

эндокринная

обменная

*защитная

термическая

Кератиноциты в основном состоят из

каротина, меланоцитов и фибрина

митохондрий, меланина и холестерина

*филаггрина, инволюкрина и церамидов

коллагена, эластина и гликопротеинов

Бледная трепонема проникает в организм плода на __ месяце беременности

6

8

7

*5

Под «ключевой клеткой» понимают

основной вид клетки влагалищного эпителия

клетку цилиндрического эпителия, имеющую внутрицитоплазматические включения

*клетку влагалищного эпителия, покрытую сплошь или частично грамположитель-

ной кокковой микрофлорой

клетку влагалищного эпителия с признаками атипии

Смертность детей в течение первых 12 месяцев жизни называется

*младенческой

неонатальной

перинатальной

детской

Вирус простого герпеса является

*дерматонейротропным

гепатотропным

лимфотропным

гематотропным

Ворсинчатые образования, возникающие в результате гипертрофии мальпигиева слоя эпидермиса и сосочков дермы в местах длительного воспалительного процесса, называют

эксфолиацией
рубцеванием
*вегетацией
лихенификацией

За температурную чувствительность отвечают

тельца Фатера – Пачини
*колбы Краузе
тельца Мейснера
клетки Меркеля

Самостоятельное выпадение волоса происходит в фазу

анагена
катагена
*телогена
изогена

К главным влагоудерживающим структурам дермы относят

*гликозаминогликаны
ретикулярные волокна
эластические волокна
коллагеновые волокна

Ответную реакцию кожи на механическое раздражение называют

дерматитом
невритом
*дермографизмом
васкулитом

Гликолевый пилинг относят к

физическим
ароматическим
*кислотным
ферментативным

Пациенты с черным цветом кожи, не восприимчивые к УФ-лучам, имеют _____ фототип кожи по Фитцпатрику

*VI
V
III
I

Относительным противопоказанием для проведения химического пилинга является прием

антигипертензивных препаратов
*прием иммунодепрессантов
гиперпигментация
постакне

Разрешение первичного элемента «пятно» может заканчиваться

трещиной
*чешуйкой
рубцом
эрозией

Причинами контактного аллергического дерматита наиболее часто являются
полипептидные лекарственные препараты

*металлы и косметические средства
диоксиды серы и азота
пыльца и сок растений

**При дискоидной красной волчанке отмечают повышенную чувствительность
кожи к**

злаковым продуктам питания
вирусным инфекциям
*ультрафиолетовому облучению
холодному воздуху

К аутоиммунному заболеванию относят

индуративную эритему Базена
*дискоидную красную волчанку
розовый лишай Жибера
болезнь Боровского

Глубокая форма кольцевидной гранулемы преимущественно характерна для
взрослых

лиц пожилого возраста
*детей дошкольного возраста
беременных

За температурную чувствительность отвечают

клетки Меркеля
тельца Фатера – Пачини
*колбы Краузе
тельца Мейснера

В процессе онтогенеза эпидермис и его придатки происходят из

*эктодермы
нервной трубки
энтодермы
мезодермы

**При разрешении первичных элементов вследствие недостаточности пигмента на
фоне воспаления образуется**

первичная лейкодерма
*вторичная лейкодерма
хлоазма
витилиго

Вирус герпеса человека 8 типа является эндемичным в

России
Австралии
Мексике
*Африке

Рассмотрение обращений граждан, связанных с оказанием медицинской помощи в медицинской организации, является функцией

- *врачебной комиссии
- заведующего соответствующим подразделением
- главного врача
- заместителя главного врача по медицинской части

При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе по решению врачебной комиссии листок нетрудоспособности формируется и продлевается на срок не более _____ месяцев с даты начала временной нетрудоспособности

- *4
- 5
- 7
- 6

Принятие решения о назначении лекарственных препаратов по торговым наименованиям при наличии медицинских показаний является функцией

- консилиума врачей
- *врачебной комиссии
- заведующего поликлиникой
- лечащего врача

Экспертиза временной нетрудоспособности проводится лечащим врачом, который _____ формирует (выдает) гражданам листки нетрудоспособности сроком до пятнадцати календарных дней включительно

- по согласованию с заведующим отделением
- по решению врачебной комиссии
- с учетом пожеланий пациента
- *Единолично

В основе медицинской этики и деонтологии лежат правила и нормы взаимодействия медицинского работника с

- представителями общества защиты прав потребителей
- *коллегами, пациентом и его родственниками
- членами своей семьи
- участниками Всероссийского общественного движения «За права человека»

Организацию обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров поручают

- кожно-венерологическим диспансерам
- центрам госсанэпиднадзора
- территориальным поликлиникам
- *руководителям предприятий

Иностранцам, работающим по трудовому договору в организациях рф, для удостоверения временной нетрудоспособности

- не выдаётся никакой документ
- *формируется (выдаётся) листок нетрудоспособности
- выдаётся справка произвольной формы
- выдаётся справка установленного образца

Пособие по временной нетрудоспособности назначается, если обращение за ним последовало не позднее _____ месяцев со дня восстановления трудоспособности

12

16

*6

7

Полис обязательного медицинского страхования имеет силу
только на территории того субъекта Российской Федерации, где выдан страховой полис;

только на территории других государств, с которыми Российская Федерация имеет дипломатические отношения;

только на территории того субъекта Российской Федерации, где проживает застрахованный;

*на всей территории Российской Федерации

При внезапных острых заболеваниях, представляющих угрозу жизни пациента, медицинская помощь должна быть оказана в _____ форме

срочной

*экстренной

неотложной

плановой

После обучения по программам профессиональной переподготовки медицинские работники должны пройти

периодическую аккредитацию

аттестацию

*первичную специализированную аккредитацию

первичную аккредитацию

При обнаружении больного трихофитией осмотр контактных лиц необходимо провести в течение (в днях)

21

7

14

*3

Кератома актиническая может трансформироваться в

базалиому

цилиндрому

трихоэпителиому

*спиналиому

К онкологическому заболеванию среди инфекций, передаваемых половым путём, приводит

гонококковая инфекция

*папилломавирусная инфекция

урогенитальный трихомониаз

генитальный герпес

На обработанную область после мезотерапии нельзя наносить декоративную косметику в течение (в часах)

*24

12

72

4

Среди факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний ведущую роль играет

*образ жизни

несовершенство работы системы здравоохранения

окружающая среда

генетическая предрасположенность

Вирус папилломы человека

является причиной развития хронических воспалительных заболеваний

повышает риск развития бесплодия

способствует снижению иммунитета

*является фактором риска развития рака шейки матки

Абразивный хейлит Манганотти является

факультативным предраком

преинвазивным раком

злокачественным новообразованием

*облигатным предраком

Обострение патологического кожного процесса на фоне употребления продуктов питания, содержащих глютен, наблюдают при

атопическом дерматите

крапивнице

*герпетиформном дерматите

строфулюсе

Лечащий врач должен заполнить извещение по форме № 089/у-кв при выявлении заболевания с вновь установленным диагнозом

*чесотка

педикулез

псевдосаркоптоз

контагиозный моллюск

К первичной профилактике пиодермий относят

санацию фокальной инфекции

медицинские осмотры

общие УФ-облучения

*антисептическую обработку

Предрасполагающим фактором к развитию микоза ногтей кистей является

приём антибиотиков

приём гормональных препаратов

*частый контакт с водой и моющими средствами

пожилой возраст

Риск развития меланомы повышен у больных с фототипом кожи

IV

*I

III

II

К профессиональным факторам развития плоскоклеточного рака кожи относят

только каменноугольные смолы, минеральные масла

*ионизирующее излучение, каменноугольные смолы, минеральные масла

только ионизирующее излучение, каменноугольные смолы

только минеральные масла, сажу

При уходе за кожей головы и волосами функцию удаления себума и внешнего загрязнения осуществляет

маска

кондиционер

*шампунь

бальзам

Положительно влияет на прогноз при псориазе

нарушение функций печени, эндогенной интоксикации

диабетическая полинейропатия и артрит

*отсутствие фокальных инфекций и нарушения иммунитета

наличие нарушений липидного обмена

Сроки проведения консультаций врачей-специалистов со дня обращения пациента в медицинскую организацию не должны превышать ____ календарных дней

10

*14

5

3

Применение клинических рекомендаций, стандартов и порядков медицинской помощи способствует

*выработке единых подходов к оказанию медицинской помощи

реорганизации медицинских организаций

увеличению расходов финансовых средств

повышению укомплектованности медицинскими кадрами

Наличие медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи подтверждается решением _____ направляющей медицинской организацией

заместителя главного врача по лечебной работе

заведующего отделением

лечащего врача

*врачебной комиссии

К медико-санитарным последствиям ЧС относят

воздействие одного или нескольких поражающих факторов на человека

утрату средств защиты

санитарные потери среди населения

#осложненную санитарно - эпидемиологическую обстановку

#потери медицинских сил и средств

Фазы развития ЧС

#зарождения

#инициирования

#кульминации

#затухания

ликвидации

Сложный очаг поражения возникает при воздействии
механического фактора
термического фактора
психо-эмоционального фактора
химического фактора
*нескольких поражающих факторов

Среди общих потерь населения во время ЧС выделяют
#безвозвратные
#санитарные
транспортабельные
стационарные
амбулаторные

К безвозвратным потерям среди населения во время ЧС относят
#умерших в очаге поражения
#умерших во время транспортировки в лечебное учреждение
#без вести пропавших
пораженных без сознания
лиц с нервно-психическими расстройствами

К санитарным потерям среди населения во время ЧС относят
#пораженных и больных потерявших трудоспособность
#пораженных и больных поступивших в лечебное учреждение
без вести пропавших
пораженных и больных нуждающихся в медицинском наблюдении
пораженных и больных нуждающихся в амбулаторной медпомощи

Санитарные потери классифицируются
#по структуре
#по тяжести
#по транспортабельности
по нуждаемости в различных видах медпомощи
по числу погибших

Дети в структуре санитарных потерь в среднем составляют
*20%
5%
10%
30%
50%

В России предупреждение и ликвидация чрезвычайных ситуаций мирного времени осуществляется в рамках
Российской системы чрезвычайных ситуаций;
#единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС)
#гражданской обороны Российской Федерации
целевой научно-технической программы «Охрана природы Российской Федерации»
центров управления в кризисных ситуациях регионов РФ

Подсистемы РСЧС действуют на

межконтинентальном, европейском, международном и национальном уровнях
#федеральном уровне
#межрегиональном, региональном и муниципальном уровнях
#объектовом уровне
локальном уровне

Структура РСЧС представлена подсистемами

Административными
поисково-спасательными
#территориальными
#функциональными
виртуальными

На каждом уровне РСЧС функционируют

Президентские и Правительственные комиссии
советы местного самоуправления

*координационные органы, постоянно действующие органы управления, органы повседневного управления, силы и средства
резервы финансовых и материальных ресурсов, системы связи, оповещения и информационного обеспечения
федеральные собрания

Координационными органами РСЧС являются

на федеральном уровне – Аппарат Управления делами Президента
на федеральном уровне – Федеральное собрание
#на федеральном уровне - Правительственная комиссия по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности
на федеральном уровне – Национальный центр управления в кризисных ситуациях
#на других уровнях – соответствующие комиссии по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности

Координацию деятельности аварийно-спасательных служб, аварийно-спасательных формирований, общественных объединений, участвующих в проведении аварийно-спасательных работ и действующих на всей или большей части территории Российской Федерации, а также всех видов пожарной охраны осуществляет:

Правительство Российской Федерации
*МЧС России
МВД России
Минздрав России
Минобороны России

Для ликвидации чрезвычайных ситуаций создаются и используются

резервный фонд Правительства Российской Федерации по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и последствий стихийных бедствий;
запасы материальных ценностей для обеспечения неотложных работ по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, находящиеся в составе государственного материального резерва;
резервы финансовых и материальных ресурсов федеральных органов исполнительной власти;
резервы финансовых и материальных ресурсов субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и организаций;
запасы лекарственных средств и медицинского оборудования в каждом домохозяйстве;

Для функционирования органов управления и сил РСЧС устанавливают
#режим повседневной деятельности
#режим повышенной готовности
режим военной опасности
#режим чрезвычайной ситуации
режим ожидания

Человеческие жертвы, ущерб здоровью людей и окружающей природной среде, материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей являются следствием

стечения обстоятельств
#техногенной аварии
#опасного природного явления
#военных действий
#наводнений

Медицинскими последствиями чрезвычайных ситуаций являются

#наличие большого числа пострадавших;
#возникновение нарушений психики у людей, оказавшихся в зоне поражения
#дезорганизация и разрушение местной системы управления здравоохранением
#потери среди медицинских работников
#резкое ухудшение санитарно-гигиенической и эпидемиологической обстановки

Своевременному оказанию медицинской помощи в зоне чрезвычайной ситуации не препятствуют

внезапное и одномоментное появление большого количества пострадавших, нуждающихся в оказании медицинской помощи, эвакуации и госпитализации;
нарушения психики у пострадавших, спасателей и медицинских работников;
отсутствие, нехватка и низкий уровень готовности практических хирургов и других специалистов к работе в экстремальных ситуациях;
вероятность воздействия на медицинских работников и пациентов опасных и вредных факторов окружающей среды;
*хорошая работоспособность медицинских работников и спасателей;

Общие людские потери, возникшие в чрезвычайной ситуации, подразделяются на:

локальные и глобальные потери
незначительные, средние и значительные потери
медицинские и немедицинские потери
*безвозвратные и санитарные потери

Для оценки качества жизни пациентов с крапивницей используют тест
UAS7
PDAI
SCORAD
*DLQI

Тяжесть течения атопического дерматита оценивают по шкале

HA2DS2-VASc
*SCORAD
HAS-BLED
SCORE

Фурункулез относят к

поверхностным стрептодермиям
поверхностным стафилодермиям
глубоким стрептодермиям
*глубоким стафилодермиям

Карбункул относят к

поверхностным стафилодермиям
*глубоким стафилодермиям
глубоким стрептодермиям
поверхностным стрептодермиям

Развитие осложнения в виде офтальмогерпеса характерно для

розового лишая Жибера
герпетического дерматита Дюринга
атопического дерматита
*опоясывающего герпеса

Наличие гиперемии, волос, чаще обломанных на уровне 3-4 мм, характерно для формы микроспории

себорейной
экссудативной
трихофитоидной
*Инфильтративной

Эритродермия может наблюдаться при

эритразме
синдроме Свита
*синдроме Сезари
Гидрадените

Участок депигментации, появляющийся на волосистой части головы в виде белых прядей, характерен для

меланомы
*пьебалдизма
хлоазмы
Лентиго

Синонимом галоневуса является невус

Беккера
Рида
Шпиц
*Сеттона

При буллезном пемфигоиде аутоантитела класса IGG формируются к

*белкам BP180 и BP230
кадгерину и белку p200
десмоглеинам 1 и 3
компонентам комплемента C1 и C5

Новообразованную ткань кожи, возникающую в местах ее глубоких повреждений, при замещении этого дефекта глубокой волокнистой соединительной тканью, называют

экскориацией

- *рубцом
- трещиной
- чешуйкой

К первичному морфологическому элементу при разноцветном лишае относят

- пустулу
- папулу
- *пятно
- везикулу

Обнаружение грамположительных изогнутых коринебактерий при микроскопическом исследовании соскоба кожи характерно для

- трихофитии
- микроспории
- эктимы
- *эритразмы

Островоспалительный бесполостной элемент, возвышающийся над поверхностью кожи, в основе которого лежит отек верхних слоев дермы, называют

- *волдырем
- узлом
- рубцом
- бугорком

Клетки Меркеля локализуются

- в гиподерме
- *в эпидермисе
- вокруг сосудов
- в дерме

Дифференциальную диагностику периорального дерматита проводят с

- пруриго
- эктимой
- *розацеа
- крапивницей

Паракератоз характеризуется нарушением в _____ слое

- зернистом
- блестящем
- шиповатом
- *роговом

Для диагностики грибовидного микоза используется

- иммуноферментный анализ
- иммунофенотипирование
- *иммуногистохимия
- реакция иммунофлюоресценции

Преждевременное автономное ороговение отдельных кератиноцитов, которые становятся более крупными с интенсивно окрашенными ядрами и базофильной, слегка зернистой цитоплазмой, называют

- папилломатозом
- акантозом
- спонгиозом

*дискератозом

Для клинической картины склероатрофического лишена характерны

папулы с пупковидным вдавлением

*фарфорово-белые бляшки

везикулы с плотной покрывкой

ярко-розовые папулы

При взятии биопсии из области наиболее выраженной атрофии и уплотнения кожи в центре длительно существующего очага склеродермии, гистологически будет выявлен

отек дермы

*гиалинизированный коллаген дермы

акантоз эпидермиса

густой воспалительный инфильтрат

Для лишена склеротического атрофического характерным является отсутствие инфильтрации у основания _____ элементов

уртикарных

узловатых

гуммозных

*пятнистых

Высыпания при узловатой эритеме характеризуются

*локализацией преимущественно на голенях

бородавчатыми разрастаниями на поверхности очагов поражения

формированием атрофии при регрессе узлов

зудом, усиливающимся в ночное время

У пациентов с герпетиформным дерматитом часто отмечается

артропатия

*энтеропатия

эзофагит

Гастрит

Преимущественной локализацией высыпаний при буллезном пемфигоиде являются нижняя часть живота

разгибательная поверхность верхних и нижних конечностей

*паховые складки и конечности

волосистая часть головы

слизистая оболочка рта и гениталий

Серый или синий гипермеланоз обозначается термином

меланодерма

лейкодерма

*церулодерма

лентиго

Анагеновое выпадение волос может наблюдаться после

приема нейролептиков

наркоза

приема антибиотиков

*химиотерапии

К инфекционному заболеванию, с которым дифференцируют гнездную алопецию, относят

хламидиоз
*сифилис
гонорею
туберкулез

Высыпания у больных розацеа располагаются на

*лице
голенях
туловище
груди

Проявлением обсессивно-компульсивного расстройства на коже головы может являться

себорейный дерматит
декальвирующий фолликулит
*трихотилломания
аплазия кожи

Апокринные потовые железы локализуются

только на стопах
на всей поверхности тела
*в промежности
на лбу

Вторичный период сифилиса характеризуется

склонностью к слиянию высыпаний
наличием субъективных ощущений
*полиморфизмом высыпаний
злокачественностью течения и деструкцией тканей

Для раннего скрытого сифилиса характерно

наличие на коже высыпаний
*отсутствие высыпаний
наличие отрицательных нетрепонемных тестов
заражение более 2 лет назад

К патогномоничному симптому позднего врожденного сифилиса относят

седловидный нос
саблевидные голени
бугорковую сыпь туловища
*лабиринтную глухоту

IGA-зависимая пузырчатка представляет собой редкую группу аутоиммунных _____ буллезных дерматозов

*внутриэпидермальных
гиподермальных
субэпидермальных
дермальных

К числу главных диагностических критериев атопического дерматита относят

гиперпигментацию кожи периорбитальной области
повышенное содержание общего и специфического IgE в сыворотке крови

*наличие атопических заболеваний у пациента или его родственников
обострение процесса под влиянием провоцирующих факторов

Инкубационный период при чесотке отсутствует при заражении _____ чесоточного клеща

самцами
личинками
яйцами
*самками

Гистологическим признаком хронической экземы является выраженный

*акантоз
спонгиоз
отек сосочков
папилломатоз

К характерному вторичному морфологическому элементу при идиопатической экземе относят

везикулу
пустулу
папулу
*эрозию

При холинергической крапивнице больные обычно отмечают внезапное возникновение зуда, приступообразное появление высыпаний и

резкий подъем температуры тела до 40°C
*усиленное потоотделение
диплопию
боли в суставах

Простой контактный дерматит характеризуется

гиперкератозом
алопецией
вегетациям
*эритемой

Центральное вдавление характерно для папулезных элементов при:

*красном плоском лишае
атопическом дерматите
псориазе
вторичном сифилисе

После перенесенной стрептококковой инфекции появление на коже многочисленных каплевидных папул ярко-красного цвета с небольшим шелушением и инфильтрацией характерно для:

*каплевидного псориаза
себорейного дерматита
разноцветного лишая
розового лишая Жибера

Отсутствие шелушения, уменьшение инфильтрации, разрешение бляшек в центре, формирование по периферии псевдоатрофического ободка воронова, отсутствие субъективных ощущений характерны для псориаза в стадии обострения

*регрессирующей
стационарной
прогрессирующей

Наличие феномена Кебнера характерно для больных
атопическим дерматитом
*красным плоским лишаем
себорейным дерматитом
центробежной эритемой

При синдроме Грэма – Литтла – Лассюэра наблюдают сочетание рубцовой алопеции на волосистой части головы и нерубцовой алопеции в области подмышечных впадин и лобка, а также _____ формы красного плоского лишая
веррукозной
буллезной
*фолликулярной
эрозивно-язвенной

Патогенетическую роль в формировании пузырей играют аутоантитела к
плазматической мембране
базальной мембране
ядрам клеток
*компонентам десмосом

Для диагностики пузырчатки используют
*метод иммунофлюоресценции
витропрессию
пробу Бальцера
молекулярно-биологический метод

Симптом Никольского отрицательный при
листовидной пузырчатке
синдроме Лайелла
вульгарной пузырчатке
*герпетиформном дерматите

Волосной лишаи проявляется
пустулами
везикулами
*папулами
уртикариями

Типичными проявлениями розового лишая Жибера являются
*овальные или монетовидные очаги
розеолы
мелкопапулезные высыпания
высыпания с фестончатыми краями

Пупковидное углубление на поверхности папул характерно для
псориаза обыкновенного
кольцевидной гранулемы
*красного плоского лишая
вульгарных бородавок

Саркому Капоши часто регистрируют у
беременных
младенцев
*гомосексуалистов
подростков

Атопический дерматит часто протекает сочетанно с
болезнью Крона
контактной крапивницей
герпетической инфекцией
*бронхиальной астмой

К осложнению синдрома Стивенса – Джонсона относят
микростомию
псевдосиндактилии
*симблефарон
анкилоглоссию

К атипичным формам чесотки относят
скандинавскую
датскую
*норвежскую
шведскую

Для типичной формы чесотки характерна локализация высыпаний на коже
разгибательной поверхности нижних конечностей
*сгибательной поверхности верхних конечностей
поясничной области
шеи

Среди различных причин диффузной потери волос у детей самой распространенной является
*телогеновое выпадение волос
гнездная алопеция по типу офаизиса
гнездная алопеция
трихотилломания

При телогенном выпадении волос процент телогеновых волос составляет более
(в %)
5
10
*15
8

К причине возникновения тракционной алопеции относят
*тугие прически
выпрямление волос
окрашивание волос
химическую завивку волос

Первичным элементом при типичной форме красного плоского лишая является
волдырь
пятно

пузырь
*папула

Симптом Уикхема обусловлен

полосовидным клеточным инфильтратом
очаговым паракератозом
нерегулярным акантозом
*неравномерным очаговым гипергранулезом

Образование субэпидермальных пузырей и наличие аутоантител характерно для

*приобретенного буллёзного эпидермолиза
буллёзного импетиго
пузырчатки
многоформной экссудативной эритемы

Для венерической лимфогранулемы характерно поражение

верхних дыхательных путей
слизистой носоглотки и конъюнктивы
желудочно-кишечного тракта
*лимфатических узлов

На основании характерной клинической картины может быть установлен диагноз

урогенитальный трихомониаз у женщин
*аногенитальные (венерические) бородавки
гонококковая инфекция у мужчин
урогенитальный кандидоз

В мазках-отпечатках, получаемых со дна эрозий после вскрытия свежих пузырей, у больных пузырьчаткой обнаруживаются патологические

тучные клетки
мононуклеарные элементы
меланоциты и гистиоциты
*шиповидные клетки

При морфологическом исследовании биоптата кожи больных пузырьчаткой наблюдают

паракератоз и вакуолизацию клеток базального слоя
периваскулярный инфильтрат из гигантских тучных клеток
*интраэпидермальный пузырь с признаками акантолиза
истончение эпидермиса, дермы и гиподермы

При гистологическом исследовании биоптата кожи при буллезном пемфигоиде в воспалительном инфильтрате обычно выявляется много

плазматических клеток
меланофагов
тканевых базофилов
*эозинофильных гранулоцитов

К хронической кожной красной волчанке относят форму

кольцевидную
псориазиформную
*дискоидную

буллезную

К типичной локализации склероатрофического лишая относят

кожу ладоней и подошв
слизистую оболочку носа
слизистую оболочку глаз
*наружные половые органы

Высыпания в виде «крыльев бабочки» характерны для

микроспории
розацеа
*красной волчанки
себорейного дерматита

Высыпания при узловатой эритеме характеризуются

зудом, усиливающимся в ночное время
*локализацией преимущественно на голених
формированием атрофии при регрессе узлов
бородавчатыми разрастаниями на поверхности очагов поражения

К важному клиническому симптому, отличающему отек Квинке от обычной крапивницы, относят

отсутствие ответа на антигистаминные препараты
спонтанный регресс высыпаний
выраженный болевой синдром
*отсутствие зуда

Токсидермию следует относить к _____ заболеванию

*острому воспалительному
аутоиммунному
системному
хроническому воспалительному

К разновидности токсидермии, возникающей вследствие действия мышьяка, висмута, ртути, относят

синдром Лайелла
*пигментную
пустулезную
везикулезную

Дифференциальную диагностику разноцветного лишая проводят с

токсикодермией
*сифилитической розеолой
псориазом
атопическим дерматитом

Проба Бальцера применяется для диагностики

микроспории
кандидоза
*разноцветного лишая
трихофитии

При вульгарном ихтиозе наблюдают

неравномерный гранулез

*ретенционный гиперкератоз
равномерный акантоз
вакуольную дистрофию

Диастему Гоше наблюдают при
сифилисе плода
*позднем врождённом сифилисе
позднем нейросифилисе
позднем висцеральном сифилисе

Болезнь Риттера относят к
кандидозам
микобактериальным инфекциям
стрептодермиям
*стафилодермиям

К дермальному гипермеланозу относят
невус Беккера
пятна типа «кофе с молоком»
эфелиды
*монгольское пятно

Степень тяжести буллезного пемфигоида определяется по
содержимому пузырных элементов
*числу появляющихся пузырных элементов
размеру пузырных элементов
наличию поражения слизистых оболочек

Длительно существующие сгруппированные папуло-везикулезные высыпания с симметричным расположением на разгибательных поверхностях, сопровождающиеся выраженным зудом, характерны для
*герпетиформного дерматита Дюринга
чесотки
буллезного пемфигоида
экземы

Одной из форм красной волчанки является
полосовидная атрофия лица
синдром Стивенса – Джонсона
токсический некролиз Лайелла
*центробежная эритема Биетта

Для буллезного ихтиоза характерны
мелкие пузырьки и телеангиоэктазии
коллодийная пленка и крупные чешуйки
плотные узелки полушаровидной формы
*папилломатозные роговые разрастания

К наиболее информативному лабораторному методу определения варианта врожденного буллезного эпидермолиза относят _____ исследование
*иммунофлуоресцентное
гистохимическое
гистологическое
цитологическое

Для дифференциальной диагностики невусов используют
ультразвуковую доплеровскую флуометрию
лазерную доплеровскую флуометрию
себометрию
*дерматоскопию

Возбудителем микроспории является
pityrosporum orbiculare
trichophyton interdigitale
*microsporum canis
trichophyton rubrum

Хроматин ядер лимфоцитов при синдроме Сезари имеет _____
структуру
глыбчатую
*мозговидную
мелкозернистую
колесовидную

При первом эпизоде генитального герпеса клинические проявления
стертые
*выраженные
отсутствуют
умеренные

К рекомендуемому методу лабораторной диагностики генитального герпеса от-
носят
темнопольную микроскопию
микроскопию
культуральный метод
*ПЦР

Симптом Никольского является положительным при
герпетиформном дерматите Дюринга
буллезном пемфигоиде
*вульгарной пузырчатке
приобретенном буллезном эпидермолизе

При классической саркоме Капоши первичным морфологическим элементом
является
бугорок
пузырек
*пятно
пустула

Невус сальных желез называют невусом
*Ядассона
Норвуда
Шпица
Шапиро

К диагностическому признаку базальноклеточного рака кожи при дерматоско-
пии относят

- *сине-серые кляксы
- комедоноподобные отверстия
- типичную пигментную сеть
- центральное белое пятно

Скабиозная лимфоплазия клинически проявляется

- длительно незаживающими расчесами
- *сильно зудящими лентикулярными папулами
- выраженной лихенизацией
- сильно зудящими волдырями

К важному анамнестическому фактору при атопическом дерматите относят наличие

- оперативных вмешательств
- *атопических заболеваний у ближайших родственников
- травм
- сердечно-сосудистой патологии

К рекомендованному методу лабораторной диагностики герпетиформного дерматита Дюринга относят

- микроскопическое исследование на грибы
- исследование содержимого пузырей на нейтрофилию
- анализ уровня антинуклеарного фактора в сыворотке крови
- *метод прямой иммунофлюоресценции

При синдроме Стивенса – Джонсона на месте появившихся пятен в течение нескольких часов возникают

- волдыри
- пустулы
- везикулы
- *пузыри

Появление первых высыпаний на слизистой оболочке полости рта характерно для

- врожденного буллезного эпидермолиза
- герпетиформного дерматита Дюринга
- *вульгарной пузырчатки
- синдрома Сенира – Ашера

Для прогрессирующей стадии вульгарной пузырчатки характерным признаком является

- появление свежих папул и бугорков
- изоморфная реакция Кебнера
- *периферический рост пузырей и эрозий
- усиление мелкой складчатости кожи

Характерным признаком вульгарной пузырчатки при поражении слизистых оболочек является

- *гиперсаливация и специфический запах изо рта
- выраженный гиперкератоз с папулезными элементами по периферии
- сетчатое серовато-беловатое поражение на фоне эритемы
- пленка, которая не снимается при поскабливании шпателем

К гистологическому признаку вульгарной пузырчатки, однозначно отличающему её от многоформной экссудативной эритемы, относят наличие

- *акантолитических клеток в просвете пузыря
- субэпидермального расщепления
- нейтрофильных гранулоцитов в инфильтрате
- выраженного отека сосочкового слоя дермы

Нумулярные папулы характерны для

- *экземы
- болезни Девержи
- красного плоского лишая
- псориаза

Дефект кожи, образующийся вследствие ее линейного разрыва при длительной воспалительной инфильтрации, сухости и утрате эластичности, называют

- эксориацией
- *трещиной
- эрозией
- язвой

Для подтверждения диагноза контактного аллергического дерматита проводят

- *аппликационную пробу с аллергеном
- внутрикожную пробу с аллергеном
- тест естественной миграции лейкоцитов
- кожную скарификационную пробу с аллергеном

Если при гистологическом исследовании биоптата кожи, взятого из очага поражения, выявляют атрофию эпидермиса, утолщение базальной мембраны, роговые пробки в устьях волосяных фолликулов, периваскулярные и перифолликулярные лимфоцитарные инфильтраты, а также отложения муцина между коллагеновыми волокнами дермы, данная клиническая картина характерна для

- фолликулярного муциноза
- кольцевидной гранулемы
- папуло-пустулезной розацеа
- *красной волчанки

Клинически синдром короткой фазы анагена характеризуется

- *отрастанием волос до ограниченной длины
- локализованным выпадением волос
- повышенной ломкостью волос
- диффузным выпадением волос

Этиология синдрома Нетертона характеризуется связью с

- тератогенным действием внутриутробной инфекции
- *аутосомно-рецессивным геном
- травмой кожи волосистой части головы
- аутосомной реакцией мультифакториального характера

К клиническому признаку гнездной алопеции относят появление на волосистой части головы

- четкого округлого очага рубцового облысения
- четкого округлого очага облысения с шелушением и обломанными волосами
- нечетко ограниченного очага облысения с сохранившимися фолликулами
- *четкого округлого очага нерубцового облысения

Наиболее редкой разновидностью бугоркового сифилида является

***диффузный («площадкой»)**

карликовый

серпегенирующий

сгруппированный

Влагалищная гарднерелла является грам-_____ формой микроорганизмов

вариабельной кокковой

положительной бациллярной

положительной кокковой

***вариабельной коккобациллой**

С целью диагностики урогенитального хламидиоза у мужчин исследуют

***соскоб слизистой оболочки уретры**

общий анализ мочи

секрет предстательной железы

периферическую кровь

Папулы, покрытые серебристо-белыми чешуйками, безболезненные при покабливании, локализованные на разгибательных поверхностях конечностей, характерны для

***псориза обыкновенного**

красного отрубевидного волосяного лишая

дискоидной красной волчанки

красного плоского лишая

При псориазе очень часто поражаются

***ногти**

слизистые оболочки

потовые железы

волосы

«Зрелым» считают рубец возрастом более (в месяцах)

18

36

24

***12**

Осложнением склероатрофического лишая у женщин является _____ вульвы

меланома

болезнь Педжета

***плоскоклеточная карцинома**

саркома

Для исключения системной красной волчанки больным с кожными проявлениями рекомендуют консультацию

врача-терапевта

врача-аллерголога-иммунолога

***врача-ревматолога**

врача-кардиолога

Воспалительные изменения кожи при кожных ангиитах локализуются, как правило, на

лице
предплечьях
*голенях
волосистой части головы

К характерному первичному морфологическому элементу при контактиозном моллюске относят

везикулу
пустулу
*узелок
эрозию

Возбудителем разноцветного лишая является

trichophyton interdigitale
trichophyton rubrum
*pityrosporum orbiculare
microsporum canis

Поражение волос с расположением элементов гриба вокруг волоса характерно для

поверхностной трихофитии
микроспории
*зооантропонозной трихофитии
гнездной алопеции

У ребёнка после контакта с уличным котёнком появились единичные очаги на коже верхних конечностей, через несколько дней процесс распространился на кожу туловища. Предварительным диагнозом является

обыкновенный псориаз
себорейный дерматит
атопический дерматит
*микроспория

При гистологическом исследовании материала из свежего очага атопического дерматита в эпидермисе обычно выявляют

дискератоз
супрабазальный акантолиз
утолщение базальной мембраны
*спонгиоз

Акантолиз характеризуется разрушением межклеточных мостиков в _____ слое

блестящем
сосочковом
базальном
*шиповатом

Благоприятным прогностическим показателем при гнездной алопеции является

лентовидная форма заболевания
ранний возраст начала заболевания
положительный семейный анамнез
*очаговая форма заболевания

Синонимом галоневуса является невус

Шпиц
Рида
Беккера
*Сеттона

Очаговый гипомеланоз обозначается термином

*лейкодерма
меланодерма
лентиго
церулодерма

В основе патогенеза витилиго лежит нарушение работы

кератиноцитов
фибробластов
клеток Лангерганса
*меланоцитов

Герпетиформную пузырчатку относят к редкому атипичному ____ дерматозу

наследственному
розелезно-эритематозному
*буллезному
папулосквамозному

Кишечная палочка, дифтероидные бактерии, протей, выделяемые на гладкой коже, являются

*сапрофитами
синтрофами
нейтралами
паразитами

Наиболее часто при позднем кардиоваскулярном сифилисе встречается поражение

*аорты
перикарда
эндокарда
лёгочной артерии

Паренхиматозный кератит является признаком сифилиса

вторичного
*позднего врожденного
первичного
раннего врожденного

Рецидивирующие эрозии кожи ладоней характерны для

*острой порфирии
лимфогранулематоза
железодефицитной анемии
эритремии

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

псориаз
пиодермия

*трихофития
экзема

Возбудителем инфильтративно-нагноительной трихофитии является

*Tr Verrucosum
Tr Violaceum
Tr Schonleinii
Tr Tonsurans

Среди глубоких стрептодермий выделяют

паронихию
сикоз
абсцесс
*целлюлит

Инкубационный период при антропонозной трихофитии составляет (в днях)

10-15
30-40
20-25
*5-7

Степень тяжести буллезного пемфигоида определяется по

размеру пузырных элементов
содержимому пузырных элементов
*числу появляющихся пузырных элементов
наличию поражения слизистых оболочек

Длительно существующие сгруппированные папуло-везикулезные высыпания с симметричным расположением на разгибательных поверхностях, сопровождающиеся выраженным зудом, характерны для

чесотки
буллезного пемфигоида
экземы
*герпетиформного дерматита Дюринга

Паранеопластическая пузырчатка имеет сходство с клинической картиной

грибовидного микоза
*вульгарной пузырчатки
многоформной экссудативной эритемы
буллезной формы красного плоского лишая

Иммунофлуоресцентная диагностика буллезного пемфигоида основана на выявлении

линейных депозитов IgA вдоль базальной мембраны
гранулярных депозитов IgA вдоль базальной мембраны
*линейных депозитов IgG вдоль базальной мембраны
гранулярных депозитов IgG в сосочках дермы

Индукция опухолей на месте аппликации характерна для

ароматических аминов
нитрозосоединений
дериватов алифатических углеводов
*полициклических ароматических углеводов

Для дифференциальной диагностики невусов используют
ультразвуковую доплеровскую флуометрию
себометрию
*дерматоскопию
лазерную доплеровскую флуометрию

К диагностическому признаку дерматофибромы при дерматоскопии относят
красно-синие лакуны
*центральное белое пятно
комедоноподобные отверстия
сине-серые кляксы

К клиническим разновидностям аногенитальных бородавок относят
папилломы
*гигантскую кондилому Бушке – Левенштейна
вульгарные бородавки
кератому

Болезненные эрозии слизистой оболочки вульвы при инфекциях, передающихся половым путем, являются симптомом
*генитального герпеса
хламидиоза
урогенитального кандидоза
гонококковой инфекции

Пожизненная персистенция лануго-волос характерна для синдрома
Блоха – Сульцбергера
Нунан
Нетертона
*Амбраса

Основным признаком, необходимым для установления гистологического диагноза «васкулит», является
*фибриноидный некроз сосудистой стенки
пролиферация сосудов
утолщение сосудистой стенки
периваскулярный лимфоцитарный инфильтрат

Папуло-везикулы встречаются при
лимфоме
склеродермии
пиодермии
*строфулюсе

Под микроабсцессами Потрие понимают скопления в эпидермисе незрелых
плазматических клеток
гистиоцитов
нейтрофильных гранулоцитов
*лимфоцитов

В результатах гистологического исследования биоптата кожи казеозный некроз встречается при
лейшманиозе
туберозном склерозе

*туберкулезе кожи
нейрофиброматозе

Если при гистологическом исследовании биоптата кожи, взятого из очага поражения, выявляют акантоз эпидермиса, периваскулярные инфильтраты с наличием нейтрофильных гранулоцитов и их проникновением в эпидермис с формированием субкорнеальных нейтрофильных микроабсцессов, данная клиническая картина характерна для

красного плоского лишая
атопического дерматита
грибовидного микоза
*пустулезного псориаза

Если при гистологическом исследовании биоптата кожи, взятого из очага поражения с признаками атрофии кожи, выявляют истончение эпидермиса, а толщина зернистого слоя составляет 3-5 рядов на всем протяжении, отмечают вакуольную дистрофию базальных кератиноцитов и густой полосовидный воспалительный лимфоцитарный инфильтрат в сосочковой дерме, совокупность выявленных признаков соответствует картине

*красного плоского лишая
грибовидного микоза
склеродермии
атрофического рубца

Если при гистологическом исследовании биоптата кожи, взятого из очага поражения, выявляют эпидермис обычного строения, скудный периваскулярный лимфоцитарный инфильтрат в дерме, а при дополнительном окрашивании с помощью шик-реакции в роговом слое определяются сегментированные нити, совокупность проведенных исследований свидетельствует о

*разноцветном лишае
глубоком микозе
инверсном псориазе
вульгарной бородавке

Если при гистологическом исследовании кожного образования выявлено разрастание эпидермиса, разделенного на грушеобразные дольки, в верхних рядах которого – крупные внутриклеточные эозинофильные включения, совокупность выявленных признаков соответствует картине

*контагиозного моллюска
саркомы Капоши
вульгарной бородавки
кератоакантомы

Иммунофлуоресцентная диагностика IGA-зависимой пузырчатки основана на выявлении депозитов IGA

вдоль базальной мембраны
*в межклеточных промежутках эпидермиса
в верхушках сосочков дермы
в стенках сосудов

Появление в подмышечных впадинах красновато-коричневых пятен с фестончатыми очертаниями характерно для

*эритразмы
фавуса

псориаза обыкновенного
себорейного дерматита

К разновидности токсидермии, возникающей вследствие действия мышьяка, висмута, ртути, относят

*пигментную
синдром Лайелла
пустулезную
везикулезную

В отличие от токсидермии очаги поражения при розовом лишае Жибера представлены _____ высыпаниями

*овальными пятнистыми
полиморфными
геморрагическими
многоформными пятнистыми

При переходе из тёплого помещения на холод могут появиться высыпания у больных одной из форм

парапсориаза
атопического дерматита
*крапивницы
экземы

Галоневус характеризуется наличием

телеангиэктазий по периферии
шелушения на поверхности
зоны гиперпигментации
*ободка депигментации

Для атопического дерматита во взрослом возрасте характерен дермографизм

отечный
*белый
красный
смешанный

Для псориаза характерен феномен

проваливания зонда
*кровяной росы
скрытого шелушения
«яблочного желе»

При обнаружении на поверхности очагов поражения беловатых чешуек, отделяющихся с трудом и болезненно, предположительным диагнозом является

лихеноидный парапсориаз
*дискоидная красная волчанка
обыкновенный псориаз
розовый лишай

Атрофию эпидермиса, выявленную при гистологическом исследовании, относят к характерному признаку

*красной волчанки
псориаза
роговой экземы

атопического дерматита

Эритема лица относится к проявлениям

волосяного кератоза (волосяного лишая)

псориаза

болезни Девержи

*красной волчанки

Келоидный рубец отличается от гипертрофического наличием

большого количества коллагена

*атипичных гигантских фибробластов

незначительного количества гиалиновых цилиндров

умеренного количества активных фибробластов

Для исключения системной красной волчанки больным с кожными проявлениями рекомендуют консультацию

врача-терапевта

*врача-ревматолога

врача-кардиолога

врача-аллерголога-иммунолога

Клинической формой экземы является

дистальный дисгидроз

пруриго

крапивница

*дисгидротическая

Чесотка у детей характеризуется поражением

*кожи лица

пяточных областей

тыльной стороны ладоней

боковых поверхностей туловища

Возбудителем чесотки является

Sarcoptes canis

Sarcoptes ovis

**Sarcoptes scabiei*

Sarcoptes caprae

Симптом горчакова является диагностическим признаком

псориаза

пиодермии

*чесотки

кожного зуда

К поверхностной стрептодермии относят

эктиму

*импетиго стрептококковое

декальвирующий фолликулит

фурункул

Возбудителем микроспории является

Tr. Violaceum

Tr. Schonleinii

*M Ferrugineum
Tr Rubrum

При разноцветном лишае характерно _____ шелушение первичных морфологических элементов

среднепластинчатое
муковидное
*отрубевидное
Крупнопластинчатое

К клиническим признакам вторичного сифилиса относят

рубцующую алопецию
бугорки и гуммозные высыпания
*мелкоочаговую алопецию
лимфаденит и лимфангит

Регионарный склераденит

сопровождается болезненностью
*не сопровождается болезненностью
характеризуется изменением кожи над поражёнными лимфоузлами
характеризуется спаянностью лимфоузлов

Для гонококка характерна _____ форма и грамм-отрицательная окраска

*бобовидная
шаровидная
палочковидная
изогнутая

Положительный симптом ядассона наблюдают при сифилисе

*вторичном
первичном
врождённом
третичном

Алопеция может быть при

красной волчанке
*сифилисе
истинной экземе
псориазе

Микроабсцессы мунро характерны для

*вульгарного псориаза
склероатрофического лишая
грибовидного микоза
герпетиформного дерматита

При исследовании содержимого пузыря у больных дерматитом Дюринга обнаруживается

большое количество нейтрофилов
LE клетки
*большое количество эозинофилов
акантолитические клетки

Для буллезного пемфигоида характерен

- *симптом Асбо-Хансена
- симптом «смоченного белья»
- очаговый симптом Никольского
- симптом скрытой везикуляции

Важное значение в диагностике вульгарной пузырчатки имеет

реакция гемагглютинации

- *реакция иммунофлюоресценции
- пробное лечение
- симптом субэпидермальной отслойки

Жалобы на зуд характерны для больных

буллезным пемфигиоидом

доброкачественной семейной пузырчаткой Хейли-Хейли

- *буллезной формой дерматита Дюринга
- субкорнеальным пустулезным дерматитом

У больных вульгарной пузырчаткой при исследовании содержимого пузырей обычно обнаруживаются

- *акантолитические клетки
- клетки Пирогова-Лангханса
- LE-клетки
- клетки Березовского-Штернберга

При вульгарной пузырчатке положителен

симптом Ядассона

симптом перифокальной субэпителиальной отслойки

- *симптом Асбо-Хансена
- симптом Бенъе-Мещерского

При гистологическом исследовании у больных вульгарной пузырчаткой характерно наличие полостей

- *внутриэпителиальное
- в сосочках дермы
- субэпителиальное
- над базальной мембраной

Повышенная чувствительность к йоду характерна для больных

- *дерматитом Дюринга

рубцующим пемфигиоидом

листовидной пузырчаткой

субкорнеальным пустулёзным дерматитом

Для листовидной пузырчатки характерен

симптом «смоченного белья»

симптом Дарье

симптом Асбо-Хансена

- *симптом Никольского

При дифференциации буллезного пемфигоида и буллезной формы герпетиформного дерматита Дюринга наиболее информативным является

цитологическое исследование содержимого пузырей

- *прямая РИФ

пробное лечение

непрямая РИФ

Акантолитические клетки в значительном количестве обычно обнаруживаются у больных

буллезным пемфигоидом
рубцующим пемфигоидом
себорейной пузырчаткой
*вульгарной пузырчаткой

Для доброкачественной пузырчатки Хейли-Хейли характерен

паракератоз
эпидермолиз
*акантолиз
микроабсцессы

В основе патогенеза вульгарной пузырчатки лежат

неизвестные факторы
нейро-эндокринные расстройства
трофические нарушения
*аутоиммунные процессы

Для дерматита Дюринга характерен положительный

симптом Асбо-Хансена
краевой симптом Никольского
тест Ядассона
*симптом перифокальной эпидермальной отслойки

При себорейной пузырчатке больные обычно предъявляют жалобы на

быструю потерю массы тела
*не предъявляют жалоб
зуд и жжение, сопровождающие высыпания
нарушение общего самочувствия

Поражение слизистых оболочек характерно для

*вульгарной пузырчатки
буллезной формы дерматоза Дюринга
листовидной пузырчатки
себорейной пузырчатки

При исследовании содержимого пузырей у больных буллезным пемфигоидом обычно обнаруживаются

нейтрофилы в большом количестве
*эозинофилы в большом количестве
акантолитические клетки
клетки Пирогова-Лангханса

К васкулитам кожи не относится

*индуриативная эритема Базена
аллергический артериолит Руитера
синдром Такаясу
уртикарный васкулит

Наиболее часто встречающееся расположение высыпаний при васкулитах мелких кожных сосудов

туловище
крупные складки кожи
предплечья и кисти
*голени и стопы

Патогномоничным клиническим признаком для уртикарного васкулита является

положительный симптом Унны
*существование высыпаний более 24 часов после их появления
существование высыпаний менее 24 часов после их появления

Первичным высыпным элементом при васкулитах мелких кожных сосудов является

гиперпигментированное пятно
плоская папула
узел
*пурпура

У больного на голених и стопах располагаются петехии и коричневые пурпурозные пятна. Поставьте диагноз

болезнь Шенляйн-Геноха
кожная Т-клеточная лимфома
астеатотическая экзема
*болезнь Шамберга

К наружному антимикотическому средству относят

такролимус
*бифоназол
бетаметазон
цинк пиритион

У пациентов с Ia, Ib, Pa стадиями грибовидного микоза наружно рекомендуют использовать

миноксидил
бромнафтохинон
*бетаметазон
хлорнитрофенол

При кандидозе слизистых оболочек у детей флюконазол применяют в дозе (в мг/кг/сут)

*3
50
1
10

Для лечения герпеса в периоде новорожденности ацикловир применяют

подкожно
*внутривенно
перорально
эндолимфатически

Показанием для проведения лечения генитального герпеса является наличие рецидива у полового партнера

*клинических проявлений

антител в сыворотке крови
множественных половых контактов

Для лечения буллёзной формы красной волчанки используют
метотрексат
циклоспорин
*дапсон
преднизолон

Рекомендуемая доза сульфасалазина при лечении герпетиформного дерматита является _____ г в сутки

4-5
3-4
2-3
* 1-2

Показанием для назначения дапсона является
атопический дерматит
псориаз красный волосистой отрубевидный
эритразма
*герпетиформный дерматит

К блокаторам тирозиназы относят кислоту
лимонную
трихлоруксусную
*азелаиновую
яблочную

Противопоказанием для проведения процедуры мезотерапии является наличие
стрий
целлюлита
гиперпигментации
*хронических заболеваний в стадии обострения

К показанию для проведения мезотерапии относят
аутоиммунное заболевание кожи
беременность
*подготовку кожи к пластическим операциям
папилломатоз

К противопоказанию для проведения химического пилинга относят наличие
гипертрофических рубцов
постакне
гиперпигментации
*тяжелых соматических заболеваний

В лечении телогенного выпадения волос применяют
ПУВА-терапию
антибиотикотерапию
противовирусную терапию
*витаминотерапию

Для лечения урогенитального трихомониаза рекомендовано назначать метронидазол 500 мг per os 2 р/сут (в днях)

*7
21
10
14

Для лечения урогенитальных заболеваний, вызванных *m. hominis*, рекомендовано назначать доксициклина моногидрат 100 мг per os 2 р/сут (в днях)

5
7
14
*10

Больным пузырчаткой метотрексат назначают в дозе _____ мг 1 раз в неделю внутримышечно или подкожно

5-7
40-80
*10-20
100-120

При легкой степени атопического дерматита назначают топические ретиноиды
*блокаторы кальциневрина
антибиотики
Антимикотики

При тяжелом течении атопического дерматита у взрослых лиц и при отсутствии противопоказаний рекомендуют назначение

*циклоспорина
изотретиноина
тофацитиниба
Апремиласта

При уртикарных проявлениях токсидермии назначают
диуретические препараты
*антигистаминные препараты
системные глюкокортикостероиды
нестероидные противовоспалительные препараты

При лечении красного плоского лишая рекомендованная доза циклоспорина составляет _____ мг на кг массы тела в сутки перорально

7
8
6
*5

Больному буллезным пемфигоидом, имеющему рост 170 см и вес 69,7 кг, следует рекомендовать начинать терапию преднизолоном с дозы _____ мг препарата в сутки

25
15
*35
10

Для уменьшения выраженности зуда больному герпетическим дерматитом следует назначить

циклоsporин
*клемастин
азатиоприн
метотрексат

В первую очередь при лечении буллезного pemfigoida используют

ацитретин
циклоsporин
*преднизолон
метотрексат

Для лечения герпетического дерматита применяют

*дапсон
ацитретин
цианокобаламин
гентамицин

Перед назначением антималярийных препаратов рекомендуют

рентгенографию грудной клетки
*осмотр глазного дна
эзофагогастродуоденоскопию
ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Для лечения красного плоского лишая рекомендовано назначение

витаминов
*антигистаминных препаратов
противовирусных средств
регуляторов кальциево-фосфорного обмена

Противопоказанием к назначению ацитретина является

артериальная гипертензия
катаракта
*почечная недостаточность
железодефицитная анемия

Больным грибковым микозом при недостаточном эффекте от проводимой терапии рекомендуют

занамибир
октреотид
этамбутол
*вориностат

В качестве иммунной терапии при клинических проявлениях папилломавирусной инфекции применяют

интерферон бета
винкристин
пембролизумаб
*имихимод

Побочным явлением при лечении сифилиса пенициллином является

серорезистентность
склеродермия
депрессия
*крапивница

Лечение острых и подострых форм трихомониаза предусматривает использование препаратов группы

гликопептидов
*нитроимидазолов
азалидов
цефалоспоринов

Для лечения неосложненных форм урогенитальных заболеваний, вызванных *m Genitalium*, рекомендовано назначать доксициклина моногидрат 100 мг per os 2 р/сут (в днях)

14
5
*10
7

Противопоказанием к применению крема, содержащего метилпреднизолона ацепонат 0,1%, является

гнездная алопеция
атопический дерматит
псориаз
*микроспория

Системные ретиноиды назначают в случае

буллезного импетиго
вульгарной эктимы
вульгарного сикоза
*перифолликулита головы

При семейной доброкачественной хронической пузырчатке Хейли – Хейли назначают

ретиноиды
*стероиды
антибиотики
кардиопротекторы

В качестве первой линии терапии при красной волчанке с поражением кожи рекомендуют назначение

смягчающих средств
антибиотиков пенициллинового ряда
*топических глюкокортикостероидов
блокаторов сигнальных путей

Неспецифическое гипосенсибилизирующее действие оказывают

антибиотики
*кортикостероиды
анаболические стероиды
стимуляторы гемопоэза

При тяжелых формах токсидермии терапией выбора являются

нестероидные противовоспалительные препараты
ангиопротекторы и корректоры микроциркуляции
*системные глюкокортикостероидные препараты
антигистаминные препараты

При неэффективности метотрексата в лечении анапластической крупноклеточной лимфомы кожи к терапии присоединяют

*интерферон-α
преднизолон
емцитабин
изотретиноин

Кетоконазол относят к _____ группе фармакологических препаратов

противовирусной
антигистаминной
гормональной
*антимикотической

При урогенитальном кандидозе натамицин применяют в виде

таблеток
*суппозиториев
раствора
суспензии

Эффективным методом лечения генерализованного буллезного пемфигоида является

фототерапия
антибактериальная терапия
*системная глюкокортикостероидная терапия
химиотерапия

В первую очередь при лечении буллезного пемфигоида используют

циклоспорин
*преднизолон
метотрексат
ацитретин

Рекомендуемая доза сульфасалазина при лечении герпетиформного дерматита является _____ г в сутки

2-3
*1-2
3-4
4-5

При распространенном поражении кожи при розовом лишае Жибера назначают

УФА-1 терапию
метотрексат
ПУВА-терапию
*топические ГКС

Совместное применение ацитретина и тетрациклинов не рекомендуется вследствие

гепатотоксичности
нефротоксичности

*повышения внутричерепного давления
повышения уровня липидов крови

Антиандрогенная терапия показана пациентам с алопецией
травматической
гнездной
*андрогенной
рубцующей

Основными препаратами для лечения больных сифилисом являются
цефалоспорины
макролиды
*препараты пенициллина
препараты тетрациклина

Препараты из группы тетрациклинового ряда используют в лечении
*урогенитальных заболеваний, вызванных *M. hominis*
урогенитального трихомониаза
гонококковой инфекции
бактериального вагиноза

Перед началом терапии генно-инженерными биологическими препаратами необходимо назначить консультацию
врача-эндокринолога
*врача-фтизиатра
врача-инфекциониста
врача-кардиолога

Для больных тяжелыми формами склеродермии максимальная доза пульс-терапии метилпреднизолоном составляет (в мг)
100
75
200
*1000

Доза кетоконазола при атипичных формах разноцветного лишая составляет (в мг)
*200
150
350
400

Больному аллергическим дерматитом кистей глюкокортикостероиды следует назначить
перорально
внутривенно
*наружно
внутриочагово

Больным экземой в стадию мокнутия рекомендованы
мази
порошки
*примочки

пасты

Антигистаминным препаратом второго поколения является

*дезлоратадин
дифенгидрамин
клемастин
хлоропирамин

При лечении хронической идиопатической крапивницы, резистентной к терапии блокаторами H1-гистаминовых рецепторов, у пациентов в возрасте 12 лет и старше рекомендуется

устекинумаб
*омализумаб
адалимумаб
инфликсимаб

Препараты из группы цефалоспоринового ряда используют в лечении

*гонококковой инфекции
хламидийной инфекции
урогенитального трихомониаза
урогенитальных заболеваний, вызванных *Ur Parvum*

Для уменьшения выраженности зуда больному герпетиформным дерматитом следует назначить

*клемастин
азатиоприн
метотрексат
циклоспорин

Терапия дапсоном требует тщательного лабораторного контроля, особенно функций

гипофиза и селезенки
*печени и почек
щитовидной железы и надпочечников
сердца и легких

При резистентности к системным глюкокортикостероидным препаратам больным пузырчаткой назначают

десенсибилизирующие препараты
антигистаминные препараты
*цитостатики
антибиотики

Системную терапию дапсоном после получения результатов лабораторного обследования назначают больному с дерматитом

*герпетиформным
аллергическим контактным
себорейным
периоральным

Развитие лекарственно-индуцированной пузырчатки чаще всего связано с приемом

ингибиторов кальциневрина
антигистаминных препаратов

дерматотропных средств
*антибактериальных препаратов

При амбулаторном лечении заболевания, связанного с временной потерей трудоспособности, лечащий врач единолично выдает гражданину листок нетрудоспособности сроком включительно до ____ календарных дней

*15
5
7
10

Частота применения крема «имихимод 5%» при аногенитальных бородавках составляет

каждые 2 часа
3 раза в день
1 раз в месяц
*3 раза в неделю

В терапии андрогенной алопеции у женщин используют миноксидила раствор (в процентах)

10
8,5
0,5
*2

В лечении телогенного выпадения волос применяют

*витаминотерапию
противовирусную терапию
антибиотикотерапию
ПУВА-терапию

При проведении местного лечения гнездной алопеции используют

кератолитические средства
*кортикостероидные мази длительно
антимикотические средства
средства, нормализующие тканевую трофику

Специфическая гипосенсибилизация показана при сенсibilизации

микогенной
абберантной
*моновалентной
поливалентной

В качестве наружной терапии больному аллергическим дерматитом показан

бензилбензоат
пимекролимус
*флутиказон
мупиноцин

Лазерное устранение гиперпигментации противопоказано при

солнечном лентиго
*пограничном и врождённом волосатом пигментном невусе
мелазме
невусе Беккера

Длина волны при фототерапии для лечения витилиго составляет (нм)

340

*311

210

280

Длительность сохранения зуда при пролеченной чесотке составляет до

7 дней

*28 дней

6 месяцев

3 месяцев

**Схема лечения чесотки препаратом бензилбензоата предусматривает _____
нанесение**

*двукратное

однократное

трёхкратное

четырёхкратное

**При атопическом дерматите количество топического препарата для наружного
применения измеряют согласно**

формуле Такахира

*правилу «длины кончика пальца»

схеме Беркоя

правилу «ладони»

Длительная многокурсовая фототерапия наиболее часто вызывает

*лентиги

пузыри

телеангиэктазии

эритему

**Лечение эксимерным УФ-светом показано при ограниченных формах псориаза с
площадью поражения не более _____% поверхности тела**

*10

30

50

20

**К побочным эффектам, возникающим при лечении больного псориазом циклос-
порином «а», относят**

*выпадение волос

артралгии, миалгии

стероидные язвы

изменение уровней глюкозы и мочевины крови

К побочному эффекту хлорохина относят

повышение артериального давления

*лейкопению

запоры

гепато- и спленомегалию

В лечении ангиоотёка при крапивнице назначают внутривенно/внутримышечно/подкожно эпинефрина раствор в дозе (в мл)

- *0,5
- 1,5
- 1
- 2

Противопоказанием к применению лосьона, содержащего бетаметазона дипропионат 0,05%, является

- *микроспория
- атопический дерматит
- гнездная алопеция
- псориаз

Системным антимикотическим средством является

- *флуконазол
- бетаметазон
- преднизолон
- лоратадин

Для лечения опоясывающего лишая применяют

- *фамцикловир
- рибавирин
- цидофовир
- ганцикловир

При дерматите Дюринга поддерживающая терапия ДДС обычно назначается пациентам с паранеопластическим характером процесса
назначается больным с нарушениями общего самочувствия

- *назначается всем больным
- не назначается

В лечении себорейной пузырчатки основной является

- десенсибилизирующая терапия
- детоксицирующая терапия
- наружная терапия
- *иммуносупрессивная терапия

Глюкокортикостероидные препараты назначаются по жизненным показаниям больным

- буллезным пемфигоидом
- пузырчаткой Хейли-Хейли
- распространённым герпетиформным дерматитом
- *вульгарной пузырчаткой

Узкополосную фототерапию рекомендуется проводить больному ____, получающему системную терапию

- *псориазом обыкновенным; метотрексатом
- обыкновенной пузырчаткой; преднизолоном
- атопическим дерматитом; такролимусом
- дискоидной красной волчанкой; гидроксихлорохином

В лечении лимфоматоидного папулеза применяют

- *ПУВА-терапию

фотоферез
плазмоферез
УФА-1 терапию

ПУВА-терапия у больных гнездной алопецией показана с (в годах)

*18
15
12
25

Курс процедур ПУВА-терапии в лечении гнездной алопеции составляет

30-35
10-15
*20-25
15-20

При удалении доброкачественных новообразований замораживание должно выходить за пределы элемента на (в мм)

*2-3
4-6
8-10
10-12

Показанием для назначения системных ретиноидов при акне являются

#средняя и тяжелая степень тяжести заболевания
#психосоциальная дезадаптация
#акне, не поддающиеся другим видам терапии
все ответы неправильные

Фульминантные акне могут быть спровоцированы приемом

#ретиноидов
#тестостерона
кортикостероидов
все ответы неправильные

К антиандрогенам не относится

ципротерона ацетат
*дегидроэпиандростерон
флутамид
дроспиренон

У 17-летней девочки умеренная степень папулопустулезных акне. Какая из перечисленных ниже схем терапии будет рекомендована первоначально?

антиандрогены и топические ретиноиды
системные антибиотики и топические ретиноиды
* топические ретиноиды и бензоил пероксид

Для поддерживающей терапии акне в настоящее время используются

#топические ретиноиды
топические антибактериальные препараты
малые дозы системных ретиноидов
#азелаиновая кислота

Прямым себосупрессивным эффектом обладают

#системные ретиноиды
топические ретиноиды
азелаиновая кислота
#антиандрогены

Лекарственные препараты, не провоцирующие акнеформные дерматозы

препараты йода, брома
противотуберкулезные препараты
*спиронолактон
кортикостероиды

Продукцию андрогенов не блокируют

#кортикостероиды
#дегидроэпиандростерон
эстрогены
ципротерона ацетат

Риск развития доброкачественной внутричерепной гипертензии возрастает при одновременном назначении

антибиотиков тетрациклиновой группы и пероральных контрацептивов
сульфаниламидных препаратов и изотретиноина
*изотретиноина и антибиотиков тетрациклиновой группы
пероральных контрацептивов и макролидов
изотретиноина и антиандрогенов

В терапии дерматита Дюринга основную роль играет назначение

*сульфоно
метотрексата
глюкокортикостероидных препаратов
бессолевой диеты

Наиболее эффективным препаратом для лечения буллёзного пемфигоида является

*преднизолон
ацитретин
циклоспорин
метотрексат

Препаратом первой линии при лечении пузырчатки является

*преднизолон
меропенем
циклоспорин
ципрофлоксацин

Вводимые вещества при электрофорезе накапливаются в

*верхних слоях дермы
эпидермисе
эндотелии сосудов
подкожно-жировой клетчатке

Из перечисленных криогенов для криодеструкции используют

хлорэтил
хлородифлюорометан
окись азота

*жидкий азот

В состав шампуней для детей входят _____ поверхностно-активные вещества
неионные
*амфотерные
анионные
катионные

Противопоказанием для проведения химического пилинга является
наличие гипертрофических рубцов
постакне
гиперпигментация
*нарушение целостности кожных покровов

Противопоказанием для проведения процедуры мезотерапии является наличие
стрий
гиперпигментации
целлюлита
*аутоиммунных заболеваний

Противопоказанием для проведения процедуры мезотерапии является наличие
*склонности к гипертрофическим рубцам
целлюлита
стрий
гиперпигментации

Под стримерами понимают
вазоактивные вещества
нервно-мышечные окончания
*тонкие разветвленные каналы, заполненные ионизированным воздухом
двухслойные липидные мембраны, открытые белковые и водные каналы клетки

Поствоспалительная гиперпигментация наиболее рефрактерна к лечению _____
кожи и залегании в дермальном слое
при кельтском фототипе
вне зависимости от фототипа
при европейском светлокожем фототипе
*при тёмном фототипе

К относительному противопоказанию для проведения химического пилинга относятся

*состояние после лучевой терапии
постакне
гиперпигментацию
наличие гипертрофических рубцов

Показанием для проведения химического пилинга является
длительная инсоляция
нарушение целостности кожных покровов
*гиперпигментация
контагиозный моллюск

Длина волны при фототерапии для лечения витилиго составляет (нм)
340

210
*311
280

Противопоказанием для проведения процедуры мезотерапии является наличие
*низкого порога болевой чувствительности
стрий
целлюлита
атрофических рубцов

Противопоказанием для проведения процедуры мезотерапии является наличие
стрий
*периода лактации
целлюлита
герпетической инфекции вне обострения

К группе α -гидроксикислот относят кислоту
 β -гидроксибутановую
трихлоруксусную
*яблочную
лактобионовую

Относительным противопоказанием для проведения химического пилинга является
*прием иммунодепрессантов
прием антигипертензивных препаратов
постакне
гиперпигментация

Противопоказанием для проведения безыгольной мезотерапии является
гиперпигментация
целлюлит
*наличие «золотых нитей»
купероз

УФ-А излучение оказывает действие
*иммуносупрессивное
регенерирующее
иммуностимулирующее
сосудосуживающее

Длина волны при узкополосной фототерапии составляет (в нм)
855
1064
3025
*311

Первичную специфическую профилактику в форме вакцинации проводят от
*папилломавирусной инфекции
гонококковой инфекции
урогенитального трихомониаза
генитального герпеса

К провоцирующему фактору трихотилломании относят

нарушение гормонального фона
сосудистые нарушения
переутомление
*нестабильный психоэмоциональный фон

Одним из основных принципов охраны здоровья является
безусловное выполнение пожеланий пациента по выбору методов диагностики и лечения

социальная защита граждан РФ
*недопустимость отказа в оказании медицинской помощи
взаимодействие со средствами массовой информации

В российской федерации обязанность по хранению медицинской документации возложена на

страховую компанию
*медицинскую организацию
пациента
территориальный фонд обязательного медицинского страхования

Экспертизу стойкой нетрудоспособности осуществляет

Федеральное медико-биологическое агентство
территориальный фонд ОМС
*бюро медико-социальной экспертизы
министерство здравоохранения

При лечении в амбулаторных условиях по прерывистому методу в отдельных случаях (сложные манипуляции, процедуры) листок нетрудоспособности, выдается по решению _____ на дни проведения манипуляций (процедур)

*врачебной комиссии
врача-специалиста
консилиума врачей
главного врача

Если работодатель направил запрос, в котором просит сообщить о причине временной нетрудоспособности его сотрудника, то медицинская организация

игнорирует данный запрос
сообщает работодателю код заболевания в соответствии с Международной классификацией болезней
предоставляет информацию в полном объеме
*не вправе предоставить информацию, составляющую врачебную тайну, без согласия гражданина

Принятие решения о назначении лекарственных препаратов по торговым наименованиям при наличии медицинских показаний является функцией

*врачебной комиссии
консилиума врачей
заведующего поликлиникой
лечащего врача

Решение консилиума врачей оформляется

медицинским заключением
выпиской из медицинской карты
записью в медицинской карте больного
*протоколом

Выплата пособий по временной нетрудоспособности производится из средств работодателя и средств

- *Фонда социального страхования РФ
- Федерального фонда обязательного медицинского страхования
- Фонда занятости
- Пенсионного фонда РФ

Периодичность продления листка нетрудоспособности врачебной комиссией составляет не реже чем через ____ календарных дней

- 25
- 30
- *15
- 20

Решение врачебной комиссии оформляется

- медицинским заключением
- *протоколом
- записью в медицинской карте больного
- выпиской из медицинской карты

Сроки проведения консультаций врачей-специалистов со дня обращения пациента в медицинскую организацию не должны превышать ____ календарных дней

- 10
- *14
- 5
- 3

Одним из ограничений на осуществление медицинскими работниками своей профессиональной деятельности при взаимодействии с различными фармацевтическими компаниями является запрет на

- подготовку публикаций в рецензируемых журналах об эффективности применяемых лекарственных препаратов;
- участие в научно-практических конференциях;
- *предоставление пациенту недостоверной, неполной или искаженной информации об используемых лекарственных препаратах;
- участие в работе некоммерческих профессиональных медицинских ассоциаций;

Одним из основных критериев, влияющих на снижение рейтинга медицинской организации, является рост

- *количества обоснованных жалоб
- пролеченных больных
- впервые выявленных заболеваний
- заболеваемости с временной утратой трудоспособности

Обмен данными между медицинскими организациями в электронном виде обеспечивает

- электронное Правительство
- федеральный регистр медицинских работников
- портал государственных услуг
- *единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)

Медицинская помощь больному по месту вызова бригады скорой медицинской помощи оказывается в условиях

- *вне медицинской организации
- стационарных
- амбулаторных
- дневного стационара

Разработка мероприятий по устранению и предупреждению нарушений в процессе диагностики и лечения пациентов является функцией

- консилиума врачей
- заведующего соответствующим подразделением
- заместителя главного врача по медицинской части
- *врачебной комиссии

4.3. Собеседование

4.3.1. Экзаменационные вопросы

1. Понятие о первичных морфологических элементах кожных высыпаний. Патоморфологические изменения в эпидермисе и дерме, лежащие в основе их образования.
2. Понятие о вторичных морфологических элементах кожных высыпаний. Диагностическое значение вторичных элементов.
3. Особенности клинического обследования дерматологических больных.
4. Специальные методы обследования больного в дерматологии (осмотр, пальпация, поскабливание, диаскопия, кожные пробы, исследование в люминисцентном свете и др.).
5. Лабораторные методы диагностики кожных и венерических болезней.
6. Общие принципы назначения наружного лечения при кожных заболеваниях. Классификация наружных средств. Механизм действия.
7. Общие принципы назначения системной КС-терапии. Побочные эффекты, мониторинг, «синдром отмены».
8. Системные ретиноиды. Механизм действия ретиноидов. Показания и противопоказания к использованию изотретиноина. Правила назначения (лаб. исследования перед назначением, мониторинг, контрацепция, расчет дозы)
9. Побочные эффекты системных ретиноидов. Ретиноевый дерматит: клиника, диагностика, лечение
10. Дерматиты (простой контактный, аллергический) и их причины. Облигатные и факультативные раздражители. Дифференциальная диагностика простого контактного и аллергического контактного дерматитов.
11. Клинические разновидности простого контактного и аллергического контактного дерматитов. Методы диагностики. Лечение и профилактика.
12. Фотодерматозы. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
13. Токсидермии. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
14. Синдром Стивенса-Джонсона. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Неблагоприятные диагностические факторы течения ССД. Лечение.
15. Синдром Лайелла. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
16. Микозы гладкой кожи. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
17. Микозы стоп. Этиология. Классификация. Клиника. Методы диагностики. Наружная и системная терапия. Профилактика.
18. Онихомикозы. Этиология. Классификация. Клиника. Методы диагностики. Наружная и системная терапия. Профилактика.

19. Микозы волосистой части головы. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
20. Критерии излеченности грибковых поражений волосистой части головы и гладкой кожи. Допуск к посещению д/сада, школы. Профилактические мероприятия в парикмахерских, детских коллективах, в сельском хозяйстве.
21. Заболевания, вызванные и ассоциированные с группой *Malassezia species* (отрубевидный лишай, малассезия - фолликулит, себорейный дерматит). Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
22. Кандидоз кожи и слизистых. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
23. Кожный зуд как симптом и как болезнь. Ограниченный нейродермит Этиология и патогенез. Принципы общей и местной терапии при кожном зуде.
24. Атопический дерматит. Иммунные нарушения у больных АтД. Особенности кожи у больных АтД (сухость, гиперреактивность и т.д.). Осложнения АтД (бактериальные, вирусные, микотические, дермотогенная лимфаденопатия).
25. Атопический дерматит. Диагностика. Комплексный индивидуализированный подход при лечении АтД. Ведение пациентов в период вне обострений и в период ремиссии. Принципы соблюдения гипоаллергенного быта. Диетотерапия.
26. Системная фармакотерапия АтД (основные группы препаратов и их показания). Основные группы препаратов для наружной терапии. Принципы назначения наружной терапии АтД, ее цели. Физиотерапия при АтД. Климатотерапия АтД.
27. Крапивница. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
28. Аллергические васкулиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
29. Экзема. Разновидности экземы. Основные отличительные особенности этиопатогенеза, клинических проявлений и лечения основных форм экземы: истинной, профессиональной и микробной.
30. Экзема. Клинические проявления острой, подострой и хронической стадий экземы. Принципы наружной терапии экземы в зависимости от остроты кожного процесса (выбор формы наружных средств). Прогноз. Профилактика обострений
31. Розацеа. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Уход за кожей с розацеа.
32. Периоральный дерматит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика, определение степени тяжести. Лечение. Уход за кожей с розацеа.
33. Акне вульгарные. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Наружная и системная терапия. Уход за кожей в период ремиссии.
34. Акне взрослых. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Наружная и системная терапия.
35. Подрывающий перифолликулит Гоффмана. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
36. Чесотка и другие паразитарные дерматозы. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика.
37. Лечение, профилактика и противоэпидемические мероприятия при чесотке. Особенности лечения беременных и детей.
38. Герпетический дерматоз Дюринга. Этиология и патогенез. Клиника, течение, прогноз. Диагностика и дифференциальный диагноз. Лечение.
39. Саркоидоз. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
40. Красный плоский лишай. Этиология и патогенез. Диагностика. Клинические разновидности. Течение. Лечение.

41. Дискоидная красная волчанка. Этиология и патогенез. Особенности клиники и течения. Диагностическая ценность кожных изменений. Методы лабораторной диагностики. Принципы лечения. Профилактика рецидивов и обострений.
42. Очаговая (бляшечная) склеродермия. Этиология и патогенез. Клиника, течение. Прогноз. Принципы лечения. Диспансеризация больных, её цели и методы.
43. Псориаз. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
44. Псориаз ладоней и подошв. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
45. Псориатический артрит. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
46. Генерализованный пустулезный псориаз. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
47. Биологическая терапия больных псориазом: показания, противопоказания, схемы.
48. Заболевания, вызванные вирусами простого герпеса. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
49. Опоясывающий лишай. Этиология и патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
50. Заболевания, вызванные вирусом папилломы человека. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
51. Ихтиоз. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
52. Туберкулез кожи. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
53. Кожный лейшманиоз. Возбудители, эпидемиология, клинические разновидности. Диагностика. Дифференциальная диагностика городского и сельского типов. Лечение, профилактика.
54. Бактериальные инфекции, вызванные преимущественно *Streptococcus*. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
55. Бактериальные инфекции, вызванные преимущественно *Staphylococcus*. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
56. Атипичные пиодермии. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
57. Буллезный пемфигOID. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
58. Истинная пузырчатка. Этиология и патогенез. Клиника и течение. Прогноз. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Диспансеризация больных, её цели и методы.
59. Лишай Жибера. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
60. Диффузная (симптоматическая) алопеция. Телогеновая алопеция. Анагеновая алопеция. Этиология и патогенез, клиника, лечение.
61. Андрогенетическая алопеция. Этиология и патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к лечению.
62. Гнездная алопеция. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
63. Профессиональные болезни кожи. Определение. Классификация профдерматозов. Профилактика. Критерии отличия профдерматозов от болезней кожи другой этиологии. Профессиональные приметы (стигмы) и их отличие от профессиональных заболеваний кожи. Роль профосмотров при поступлении на работу и периодических профилактических медосмотров. Профотбор.
64. Нейтрофильные дерматозы (Амикробные пустулезы). Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
65. Доброкачественные новообразования кожи. Классификация. Клиника. Методы диагностики и лечения.
66. Предраковые заболевания кожи. Облигатные и факультативные предраки. Клиника отдельных форм. Диагностика. Лечение. Профилактика рака кожи.
67. Лимфомы кожи: клинические формы. Классификация, принципы диагностики и лечения.

68. Базальноклеточный рак кожи (Базалиома). Патогенез. Клинические разновидности. Течение. Методы диагностики. Прогноз.
69. Плоскоклеточный рак кожи. Условия, способствующие развитию плоскоклеточного рака. Клиническая картина и течение. Методы диагностики. Принципы терапии. Прогноз.
70. Общая патология сифилиса. Этиология. Пути передачи сифилиса. Периоды течения сифилиса. Серологическая диагностика сифилитической инфекции. Виды серологических реакций. Диагностическая ценность при разных стадиях и формах сифилиса.
71. Дифференциальный диагноз твердого шанкра от генитального герпеса, шанкриформной пиодермии, чесоточной эктимы и шанкроида.
72. Скрытый (асимптомный) сифилис. Причины асимптомного течения инфекции. Клинико-эпидемиологические разновидности приобретенного скрытого сифилиса. Методика диагностики. Принципы лечения больных сифилисом. Превентивное, профилактическое и пробное лечение. Критерии излечения и снятия с учета.
73. Течение сифилиса в первичном периоде: клинические проявления и иммунологические изменения. Первичная сифилома. Клиника и течение. Дифференциальный диагноз. Серодиагностика. Лечение.
74. Атипичные твердые шанкры. Шанкр-амигдалит. Шанкр-панариций. Дифференциальный диагноз. Лечение.
75. Осложнение твердого шанкра. Гангренизация. Фагеденизм. Фимоз. Парафимоз. Лечение. Профилактика осложнений.
76. Течение сифилитической инфекции во вторичном периоде. Общая характеристика течения. Иммунологические изменения. Сифилитическая розеола. Симптоматика, течение. Дифференциальный диагноз с высыпаниями при розовом лишае, токсикодермии и отрубевидном лишае. Лечение.
77. Вторичный рецидивный сифилис. Клинические проявления и иммунологические изменения. Диагностика. Лечение.
78. Отклонения от типичного течения сифилитической инфекции во вторичном периоде и их характеристика: скрытый, злокачественный и «обезглавленный» сифилис.
79. Сифилитические высыпания в полости рта при первичном и вторичном периоде. Эритематозные и папулезные сифилитические ангины. Клиника, течение, диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.
80. Течение третичного сифилиса. Клинические проявления и иммунологические изменения. Лечение.
81. Висцеральный сифилис. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
82. Врожденный сифилис. Пути передачи сифилиса потомству. Сифилис плода. Поздний врожденный сифилис. Клиника. Течение. Методы диагностики. Профилактика и лечение.
83. Понятие о суперинфекции, реинфекции и рецидиве сифилиса.
84. Клинико-серологический контроль после окончания лечения сифилиса.
85. Гонорея. Возбудитель. Иммуитет при гонорее, реинфекция, рецидив и суперинфекция. Классификация гонореи. Вне генитальные и диссеминированные формы гонореи. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.
86. Гонорея у мужчин. Клиника и течение гонорейного уретрита у мужчин. Принципы топической диагностики. Осложнения гонорейного уретрита у мужчин. Эпидидимит и т.д. Дифференциальный диагноз. Лечение.
87. Гонорея у женщин. Клиника и течение гонореи у женщин. Принципы топической диагностики. Осложнения гонорейного уретрита у женщин. Пельвиоперитонит и т.д. Дифференциальный диагноз. Лечение.

88. Урогенитальный хламидиоз у мужчин. Возбудитель, его морфологические и биологические особенности. Пути передачи инфекции. Клиника и течение урогенитальных поражений. Осложнения. Принципы диагностики и терапии. Профилактика.
89. Урогенитальный хламидиоз у женщин. Возбудитель, его морфологические и биологические особенности. Пути передачи инфекции. Клиника и течение урогенитальных поражений. Осложнения. Принципы диагностики и терапии. Профилактика.
90. Трихомониаз у мужчин. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
91. Трихомониаз у женщин. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
92. Генитальный герпес. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
93. Бактериальный вагиноз. Этиология. Факторы риска. Клиника. Диагностика. Лечение.
94. Урогенитальный кандидоз. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
95. Баланопоститы и баланиты. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
96. Урогенитальные заболевания, вызванные *Mycoplasma genitalium*. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
97. Урогенитальные заболевания, вызванные *Ureaplasma* spp. и *M. Hominis*. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
98. Мягкий шанкр (шанкроид). Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
99. ВИЧ-инфекция. Эпидемиология. Классификация. Кожные проявления при ВИЧ-инфекции. Саркома Капоши. Особенности течения саркомы Капоши при ВИЧ-инфекции. Диагностика ВИЧ-инфекции.
100. Аногенитальные (венерические) бородавки. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

4.3.2. Ситуационные задачи

ЗАДАЧА №1

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 38 лет.

Жалобы

На высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом. Ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника, боли в области поясницы и мелких суставах кистей.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 5 лет, когда после сильного стресса впервые отметил изменение цвета ногтевых пластинок 1 и 2 пальцев правой кисти. В связи с чем обратился к дерматовенерологу в частный медицинский центр, где был установлен диагноз «Онихомикоз». Получал терапию по поводу онихомикоза в течение 1 года, без эффекта.

В дальнейшем пациент отметил появление высыпаний на коже туловища, самостоятельно лечился наружными глюкокортикостероидными средствами, с временным положительным эффектом.

3 года назад отметил появление боли в области шеи и поясницы, затем появилось ограничение при движении в области шейного отдела позвоночника.

Обращался к травматологам, было рекомендовано физиотерапевтическое лечение, с незначительным эффектом.

3 месяца назад, после перенесенной холецистэктомии, отметил появление свежих высыпаний на коже туловища, верхних и нижних конечностей, боли в области мелких суставов кистей.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ, хронический гастрит, хронический пиелонефрит.
- Хирургические вмешательства: холецистэктомия 3 месяца назад
- Наследственность: у матери сахарный диабет, у бабушки по линии отца ревматоидный артрит.
- Аллергоанамнез: лекарственная аллергия на антибиотики пенициллинового ряда в виде крапивницы, лекарственная аллергия на новокаин в виде отека Квинке.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- Кожный патологический процесс носит распространенный характер.
- Высыпания располагаются на коже туловища, верхних и нижних конечностей.
- Высыпания представлены папулами и бляшками ярко-розового цвета, с выраженной инфильтрацией и серебристыми чешуйками на поверхности.
- При поскабливании бляшек последовательно определяются феномены стеаринового пятна, терминальной пленки и капельного кровотечения.
- При осмотре отмечается ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника, болезненность 2, 3 пальцев правой кисти, 1 пальца левой кисти, боли в области поясницы.
- Отмечается умеренная сухость кожных покровов.
- Ногтевые пластинки кистей и стоп изменены: множественные углубления, желтоватый цвет ногтевых пластинок, подногтевой гиперкератоз.
- Субъективно – умеренный зуд.

Вопросы:

1. Назовите наиболее вероятный диагноз. Перечислите специфические симптомы, позволяющие предположить диагноз.
2. Назовите основной метод обследования, необходимый для подтверждения диагноза.
3. Назовите наиболее информативный клинический признак для постановки диагноза?
4. Какие препараты рекомендованы данному пациенту в качестве системной и наружной терапии?

ЗАДАЧА №2

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратился пациент 30 лет.

Жалобы

На высыпания на половом члене.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 10 дней, когда впервые появились высыпания в виде эрозий в области уздечки полового члена. Увеличение лимфатических узлов в паховой области отмечает в течение 5 дней. Высыпания появились через некоторое время после простуды, по поводу которой принимал противовирусные и жаропонижающие препараты.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: у отца пузырчатка.
- Аллергоанамнез: непереносимость препаратов пенициллина.
- Семейное положение: не женат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 1,5 месяца назад.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- Высыпания располагаются на внутреннем листке крайней плоти в области уздечки полового члена в виде эрозивных элементов, округлых очертаний, размером 1х1 см, с ровными краями, гладким, блестящим дном красного цвета, с плотным инфильтратом в основании, безболезненные при пальпации.
- Паховые лимфатические узлы увеличены, безболезненны при пальпации, не спаяны между собой, подвижны.
- Видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний не выявлено.



Вопросы:

1. Назовите наиболее вероятный диагноз. Перечислите данные анамнеза, позволяющие предположить диагноз. Для подтверждения диагноза основным методом обследования является?
2. Назовите препараты, суточные дозы и продолжительность лечения данного больного?
3. Взрослые и дети, получившие превентивное лечение после полового или тесного бытового контакта с больными ранними формами сифилиса, подлежат однократному клинико-серологическому обследованию через ___ мес. после лечения.
4. Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, показано превентивное лечение, у которых с момента контакта прошло не более ___ месяцев.

ЗАДАЧА №3

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратился пациент 27 лет.

Жалобы

На высыпания на коже туловища и верхних конечностей.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 2 недель, когда впервые появились высыпания на коже туловища и верхних конечностей. Высыпания появились в летнее время, через некоторое время после простуды, по поводу которой принимал противовирусные препараты.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Семейное положение: не женат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт 3 месяца назад.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- Поражение кожи носит распространенный характер.
- Высыпания располагаются на коже туловища, преимущественно на передней и боковых поверхностях груди и живота, а также на сгибательных поверхностях плеч и предплечий.
- Высыпания представлены множественными розово-красными розеолами и папулами, округлой формы, имеют четкие очертания, в среднем размером 0,5-1 см.
- Высыпания не сливаются между собой, исчезают при надавливании, папулы плотные, поверхность гладкая, субъективные ощущения отсутствуют.
- Видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний не выявлено.
- Кожные покровы половых органов нормальной окраски, высыпаний не выявлено. В области наружного отверстия уретры изменений нет, выделения из уретры отсутствуют.
- Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны с окружающими тканями.



Вопросы:

1. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является? Значимыми данными анамнеза и наиболее информативными клиническими признаками, позволяющими предположить диагноз, являются? Назовите основной метод обследования, необходимый для подтверждения диагноза.
2. Назовите препараты выбора для лечения данного больного в амбулаторных условиях и в стационарных условиях? Назовите суточные дозы и продолжительность лечения.
3. Клинико-серологический контроль в течение первого года после окончания специфического лечения осуществляют 1 раз в _ месяца.
4. Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, показано превентивное лечение, у которых с момента контакта прошло не более __ месяцев.

На консультацию к врачу-дерматовенерологу обратился пациент 65 лет.

Жалобы

На высыпания на коже туловища справа, сопровождающиеся жжением и болезненностью, общую слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

Пациент сообщил, что высыпания появились внезапно 2 дня назад.

Накануне появления высыпаний отмечал интенсивные ноющие боли в правой половине туловища. Самостоятельно не лечился.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ, артериальная гипертензия.
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: неотягощена, у близких родственников заболеваний кожи нет.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Семейное положение: не женат
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- Поражение кожи островоспалительного характера.
- Сыпь асимметрична, локализуется на коже переднебоковой поверхности туловища справа по ходу реберной дуги.
- Высыпания представлены сгруппированными мелкими везикулезными высыпаниями с прозрачным опалесцирующим мутноватым содержимым. Везикулы имеют различную величину (от 0,2 до 5 мм), напряженную покрышку, полусферическую форму и располагаются на фоне отечной ярко-красной эритемы.
- Видимые слизистые оболочки не поражены.
- Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту.
- Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены.
- Лимфатические узлы не увеличены.
- Температура тела 37,6°C.
- Субъективно поражение кожи сопровождается выраженным жжением и болезненностью.

Вопросы:

1. Какому диагнозу соответствует клиническая картина заболевания? Диагностически значимым первичным морфологическим элементом, типичным для заболевания, является?

2. Назначение какого препарата рекомендовано при таком диагнозе, в какой дозе, в течение скольких дней?

3. Нарушение функции каких органов необходимо учитывать при назначении этого препарата пациентам пожилого возраста?

4. Назначение каких средств для местного лечения рекомендовано данному пациенту?

ЗАДАЧА № 5

Женщина 45 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже верхних и нижних конечностей, сильный зуд.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение месяца, когда после перенесенного стресса впервые заметила высыпания на коже голеней. Вскоре высыпания распространились на кожу верхних конечностей.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ, гипертоническая болезнь 2 стадии, II степени, высокого риска, миома матки 9-10 недель.
- Гинекологический анамнез: 2 беременности, 1 роды, 1 замершая беременность.
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: неотягощена, у близких родственников заболеваний кожи нет.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Семейное положение: замужем.
- Курит с 25 лет по 8-12 сигарет в день, алкоголь употребляет умеренно.

Объективный статус

- Высыпания представлены розовыми полигональными папулами с сиреневым оттенком с пупковидным вдавлением, при боковом освещении отмечается блеск.
- Локализуются на сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей.
- В местах разрешившихся элементов отмечается поствоспалительная гиперпигментация.

Вопросы:

1. На основании клинико-анамнестических данных и результатов исследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является? Для постановки диагноза какой симптом необходимо проверить и какое обследование необходимо провести?

2. Где еще необходимо проверить наличие высыпаний при таком диагнозе?

3. В качестве терапии какие препараты будут рекомендованы больной и в какой дозировке?

4. При отсутствии эффекта от проводимой терапии какой препарат можно назначить? Какие лабораторные показатели необходимо контролировать во время приема этого препарата?

ЗАДАЧА №6

Женщина 29 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже верхних, нижних конечностей и туловища, сопровождающиеся зудом, усиливающимся в ночное время.

Анамнез заболевания

Пациентка сообщила, что первые зудящие высыпания появились около 6 недель назад на коже кистей. Высыпания постепенно распространились на область локтей, кожу туловища и бедер, зуд стал нарушать ночной сон. Самостоятельно применяла антигистаминные препараты без положительного эффекта.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: отрицает
- Гинекологический анамнез: 1 беременность, 1 роды
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: неотягощена, у близких родственников заболеваний кожи нет.
- Аллергоанамнез: неотягощен.

- Семейное положение: замужем.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Семейный анамнез: у сына 6 лет в течение последней недели наблюдается зуд кожи в области кистей.

Объективный статус



- Поражение кожи островоспалительного характера.
- Высыпания обильные распространенные, локализуются на коже межпальцевых промежутков кистей, лучезапястных суставов, в области локтей, на коже переднебоковых поверхностей туловища, в окружности сосков молочных желез, а также в области ягодиц и бедер.
- Сыпь симметрична, полиморфна, представлена многочисленными рассеянными мелкими фолликулярными красными папулами, невоспалительными везикулами, а также многочисленными точечными и линейными эскориациями, покрытыми геморрагическими корочками.
- На коже локтей и межпальцевых складок кистей расположены слившиеся наслоения толстых бугристых импетигозных желто-зеленых округлых корок, а также крупные напряженные пустулы (фликтены), заполненные мутным желтоватым содержимым.
- Дермографизм красный, нестойкий. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту.
- Видимые слизистые оболочки без патологических изменений.
- Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены.
- Лимфатические узлы не увеличены.
- Субъективно в области высыпаний беспокоит интенсивный зуд, усиливающийся в ночное время.

Вопросы:

1. Какому диагнозу соответствует клиническая картина заболевания? Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является?
2. Наличие пустул и гнойных корочек на локтях и в их окружности является симптомом?
3. Назначьте лечение данной пациентке и ее сыну.
4. В соответствии с СанПиНом 3.2.3215-15 «Профилактика паразитарных болезней на территории РФ» и МУ 3.2.1756-03 «Эпидемиологический надзор за паразитарными болезнями» контроль излеченности проводится на _____ дни после окончания лечения

ЗАДАЧА № 7

На прием к врачу-дерматовенерологу обратился пациент 41 года.

Жалобы

На высыпания на коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 20-ти лет, когда впервые отметил появление единичных высыпаний на коже волосистой части головы и разгибательной поверхности верхних конечностей, в связи с чем обратился к врачу-дерматовенерологу в частный медицинский центр, где был установлен диагноз аллергического дерматита, назначена наружная терапия глюкокортикостероидами, с временным положительным эффектом.

Спустя несколько месяцев отметил появление свежих высыпаний и их распространение на кожу туловища и нижних конечностей. Течение заболевания приобрело волнообразный характер, с периодами обострений 2 раза в год в осенне-весенний период.

Настоящее обострение длится в течение 2 месяцев. Появление свежих высыпаний отметил после травматизации кожи.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ.
- Хирургические вмешательства: холецистэктомия в 2015 году.
- Наследственность: у дедушки по линии отца псориаз.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Курит, стаж 20 лет, по 1 пачке в день. Злоупотребление алкоголем отрицает.
- 2 месяца назад вернулся из Мексики, где проводил отпуск.

Объективный статус

- Кожный патологический процесс носит распространенный характер.
- Высыпания локализуются на коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей.
- Представлены бляшками ярко-розового цвета, сливающимися между собой в обширные очаги поражения, с выраженной инфильтрацией и серебристыми чешуйками на поверхности.
- При поскабливании бляшки определяется капельное кровотечение.
- Отмечается умеренная сухость кожных покровов.
- Ногтевые пластинки кистей не изменены. Отмечается подногтевой гиперкератоз, желтоватый цвет ногтевых пластинок стоп.
- Субъективно – незначительный зуд

Вопросы:

1. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является? Какие данные анамнеза позволяют заподозрить диагноз?

2. Наиболее информативным клиническим признаком и основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза является?

3. В качестве системной терапии пациенту рекомендуется назначить какой препарат и в какой дозе?

4. Контроль функций каких органов необходимо провести перед назначением терапии? Консультации и наблюдение каких специалистов будут показаны пациенту?

ЗАДАЧА № 8

Женщина 40 лет, обратилась на консультацию к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На появление мелких гипопигментированных и депигментированных пятен на коже туловища и голеней.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 10 лет, когда после солнечного ожога появились единичные депигментированные пятна на коже туловища. Площадь депигментированных пятен медленно увеличивается. Несколько раз в год посещает морские курорты. 2 месяца назад после интенсивной солнечной инсоляции появились множественные гипопигментированные и депигментированные пятна на коже обеих голеней.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: не отягощена, у близких родственников заболеваний кожи нет.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Семейное положение: замужем.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- Поражение кожи хронического невоспалительного характера.
- Высыпания располагаются на коже туловища, голеней.
- На коже туловища представлены отдельными депигментированными пятнами белого цвета неправильной формы диаметром от 2 см до 5 см, с четкими границами. На коже голеней визуализируются множественные мелкие гипопигментированные и депигментированные пятна белого цвета диаметром от 0,2 до 0,3 см, расположенные перифолликулярно, границы участков депигментации четкие. Рост пушковых и остистых волос не нарушен, пигмент сохранен.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз. С каким заболеванием необходимо провести дифференциальную диагностику?
2. Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является?
3. Какую терапию необходимо назначить пациентке?

ЗАДАЧА №9

Мужчина 22 лет обратился к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На высыпания на коже сгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом

Анамнез заболевания

С 5 месяцев отмечались периодические зудящие высыпания на коже конечностей. Заболевание имеет рецидивирующее течение с обострениями, развивающимися преимущественно в зимнее время. Кроме того, отмечает ухудшение состояния кожи весной во время цветения березы. В это же время возникают отечность век, слезотечение, светобоязнь, зуд вокруг глаз, появляется ощущение заложенности носа, отмечается обострение заболевания после употребления в пищу шоколада и цитрусовых. В летнее время высыпания полностью регрессируют. Зуд усиливается при повышенном потоотделении. Настоящее обострение связывает со стрессовыми ситуациями на работе

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.

- Перенесенные и хронические заболевания: несколько раз в год у пациента возникают остеофолликулиты, фурункулы, 2–3 раза в год - рецидивы конъюнктивита
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: мать больного страдает бронхиальной астмой.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Семейное положение: женат.
- Семейный анамнез: у ребенка пациента педиатром диагностирован экссудативный диатез из-за высыпаний на лице и конечностях.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Пациент работает курьером, питается нерегулярно.

Объективный статус

- Поражение кожи хронического воспалительного характера.
- Высыпания располагаются в локтевых и подколенных сгибах, занимая 4–5% площади поверхности тела.
- Кожа пациента сухая. Высыпания представлены очагами эритемы и незначительно выраженной инфильтрации с нечеткими границами. Имеются множественные точечные экскориации. Кожа в очагах поражения лихенифицирована.
- Кожа периорбитальной области гиперпигментирована.
- Отмечается гиперлинеарность кожи ладоней и подошв.
- Имеется дополнительная складка нижнего века
- Дермографизм белый стойкий.
- Субъективно – умеренный зуд.

Вопросы:

1. Назовите наиболее вероятный диагноз в данной ситуации? Перечислите основные диагностические критерии, выявленные у пациента.
2. В данной клинической ситуации для купирования обострения рекомендуется назначение каких топических препаратов?
3. Препаратом выбора для противозудной терапии является?
4. В случае развития вторичной пиодермии какие топические препараты следует рекомендовать больному наносить на очаги поражения?

ЗАДАЧА № 10

Мужчина 38 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже ладоней и подошв, сопровождающиеся чувством стягивания кожи.

Анамнез заболевания

Пациент сообщил, что первые высыпания появились внезапно неделю назад, вскоре после того, как по назначению ревматолога по поводу подагры внутрь начал принимать препарат



аллопуринол. В течение 7 дней количество высыпаний толчкообразно увеличивалось. Самостоятельно не лечился.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: подагра вне обострения.
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: мать пациента страдает вульгарным псориазом.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Семейное положение: не женат, три дня назад имел незащищенный половой контакт с малознакомой девушкой.
- Курит много лет по 1 пачки сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- Поражение кожи островоспалительного характера. Сыпь симметрична, полиморфна, локализуется на коже ладоней и подошв.
- Высыпания представлены мишеневидными очагами до 1,5 см в диаметре с четко очерченными краями, в структуре которых отчетливо различимы три зоны: центральная - округлая эритематозно-синюшного цвета, окружающее ее кольцо пальпируемого бледного отечного участка и тонкое наружное кольцо эритемы. Центральная зона некоторых очагов представлена плотной везикулой с напряженной покрывкой и прозрачным содержимым. Отдельные мишеневидные очаги сливаются между собой.
- Общее состояние не нарушено.
- Слизистые оболочки не поражены.
- Кожа вне очагов поражения нормальной бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту.
- Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены.
- Лимфатические узлы не увеличены.
- Субъективно в области высыпаний на коже беспокоит ощущение стягивания кожи.



Вопросы:

1. Какому диагнозу соответствует клиническая картина заболевания? Назовите форму заболевания. На какие данные анамнеза необходимо опираться при постановке диагноза?
2. Для топической терапии данному пациенту рекомендуется назначение каких препаратов?
3. Рекомендуется пероральное назначение каких антигистаминных препаратов и в какой дозе?
4. Как происходит разрешение высыпаний при данном заболевании?

ЗАДАЧА № 11

Женщина 43 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на слизистой оболочке полости рта, на коже лице, верхней части туловища и плеч, сопровождающиеся болезненностью при жевании, глотании. На выраженное слюноотделение

Анамнез заболевания

Заболела 4 месяца назад, когда впервые отметила болезненность при жевании и глотании пищи. Вскоре появилась гиперсаливация. Была осмотрена стоматологом, который обнаружил в полости рта эрозии и поставил диагноз стоматит. Для лечения использовала полоскания полости рта антисептическими растворами с кратковременным незначительным эффектом. Три недели назад впервые заметила эрозии на лице, а в последние 5 дней на коже верхней части туловища и плеч начали появляться вялые пузыри с дряблой покрывкой. Больная сообщила, что покрывка пузырей быстро разрывалась с выделением прозрачной желтоватой жидкости, которая засыхала с образованием корок. Образующиеся после вскрытия пузырей эрозии постепенно увеличиваются в размерах

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: отец больной страдает бронхиальной астмой, у близких родственников заболеваний кожи нет.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Семейное положение: проживает в 2-комнатной квартире с мужем и сыном.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- В течение 1 года курсами принимает препарат, содержащий минерально-витаминный комплекс

Объективный статус

- Поражение кожи хронического воспалительного характера.
- Высыпания располагаются на коже щек, носа, верхней части груди, спины, на плечах, на слизистой оболочке десен, щек, языка.
- На коже располагаются эрозии округлых и неправильных очертаний, размерами до 3х6 см, с ярко-розовым дном, частично покрытые серозными корками. По краям эрозий имеются обрывки эпидермиса.
- На слизистой оболочке десен, щек, языка имеются эрозии с ярко-красным дном, покрытые беловатым налетом.
- Субъективно – болезненность при жевании и глотании.



Вопросы:

1. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является? Какое исследование необходимо провести для установления диагноза в данной ситуации?
2. Диагноз в данной клинической ситуации подтверждается определением какого симптома и как он проявляется?
3. Назначение какого препарата и в какой дозе рекомендуется в данной клинической ситуации?
4. В случае необходимости уменьшить дозу этого препарата, то какой препарат рекомендуется назначить дополнительно?

ЗАДАЧА №12

Мужчина 43 лет обратился к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На высыпания на коже спины, сгибательных поверхностей конечностей, стоп, сопровождающиеся интенсивным зудом

Анамнез заболевания

Первые высыпания появились 3 недели назад. С течением времени количество высыпаний увеличилось. Самостоятельно не лечился.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: хронический холецистит.
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: не отягощена.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет

Объективный статус

- Поражение кожи воспалительного характера. Сыпь симметрична, мономорфна, локализуется на коже сгибательных поверхностей лучезапястных суставов и предплечий, тыльной поверхности стоп, на коже поясничной области.
- Высыпания представлены большим количеством рассеянных мелких папул (диаметром от 2 до 4 мм) плоской формы с полигональными очертаниями розовато-красного цвета с фиолетовым оттенком и восковидным блеском, более отчетливым при боковом освещении. В центральной зоне некоторых папул имеется вдавление. В области запястий папулы образуют конгломераты, имеющие вид бляшек.
- При осмотре слизистых оболочек рта на внутренней поверхности щек выявлены мелкие папулы серовато-белого цвета до 1 мм в диаметре, расположенные в виде "рисунка кружева".
- Кожа вне очагов поражения нормальной бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту.
- Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены.
- Лимфатические узлы не увеличены.
- Субъективно в области высыпаний на коже беспокоит интенсивный зуд. В области высыпаний на слизистых оболочках рта субъективных ощущений нет.

Вопросы:

1. Какому диагнозу соответствует клиническая картина заболевания? Назовите форму заболевания.

2. Для купирования зуда рекомендовано назначить какой антигистаминный препарат первого поколения и в какой дозе? Какое противопоказание к назначению этого препарата?
3. Для наружной терапии данному пациенту рекомендуется назначение каких препаратов?
4. При незначительной инфильтрации очагов поражения рекомендовано назначение какого немедикаментозного лечения? Консультация каких специалистов перед этим необходима?

ЗАДАЧА № 13

Мужчина 54 лет обратился на приём к дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпаниях коже в области волосистой части головы, туловище, локтях и коленях, сопровождающиеся шелушением и периодическим умеренным зудом.

Анамнез заболевания

В течение 10 лет страдает кожным заболеванием. Периодически в осеннее-зимнее время площадь высыпаний увеличивается с захватом кожи туловища и волосистой части головы. Настоящее обострение связывает с перенесённой 3 недели назад ангиной.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: хронический гайморит, хронический гастрит.
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Курит до 10 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет;
- Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

- На коже волосистой части головы имеется большое количество желтовато-белого цвета чешуек;
- На коже туловища и конечностей обильная мономорфная сыпь, представленная папулами округлых очертаний размером 0,5-0,7 см в диаметре с периферическим венчиком ярко-розового цвета покрытые серебристо-белыми чешуйками в центральной части и бляшками, в области разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов, неправильных очертаний, четкими границами, шероховатой поверхностью покрытой серебристо-белыми чешуйками.
- При поскабливании папул шелушение усиливается, а после полного удаления чешуек с поверхности дальнейшим поскабливанием появляется тончайшая просвечивающаяся пленка, покрывающая весь элемент.
- Волосы тусклые, ломкие, ногтевые пластины кистей имеют точечные вдавления на поверхности, ногтевые пластины стоп не изменены.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно поставить больному?
2. Фактором, провоцирующим обострение, у данного пациента является?
3. Назначьте лечение данному пациенту
4. К возможным осложнениям заболевания у данного пациента относится?

ЗАДАЧА № 14

Женщина 39 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже груди и спины, не сопровождающиеся субъективными ощущениями.

Анамнез заболевания

Высыпания на коже туловища заметила несколько месяцев назад. Отмечает, что площадь, занимаемая высыпаниями, постепенно увеличивается.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ, в детстве часто болела простудными заболеваниями. Артериальная гипертензия. Принимает капотен. 1 год назад у больной был диагностирован саркоидоз, по поводу которого длительное время принимает преднизолон перорально. Больную беспокоит повышенное потоотделение.
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: не отягощена
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Семейное положение: проживает в 2-комнатной квартире с двумя детьми, часто бывают конфликты с соседями.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Работает маляром в контакте с масляными и эпоксидными красками.

Объективный статус

- Поражение кожи хронического невоспалительного характера.
- Высыпания располагаются на коже груди и верхней части спины.
- Высыпания представлены множественными разного размера пятнами розовато-коричневого и желтовато-коричневого цвета, которые сливаются между собой, образуя крупные очаги с полициклическими очертаниями.
- Слизистые оболочки, волосы, ногти не поражены.

Вопросы:

1. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является?
2. Что необходимо провести в подтверждения диагноза в данной клинической ситуации?
3. В качестве наружной терапии что рекомендуется назначить пациентке?
4. При неэффективности наружной терапии больной рекомендуется пероральное назначение каких препаратов? В какой дозе?

ЗАДАЧА №15

Мужчина 45 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже нижних конечностей, не сопровождающиеся субъективными ощущениями.

Анамнез заболевания

8 лет назад впервые отметил появление симметричных синюшно-красных высыпаний на коже голеней, которые впоследствии медленно трансформировались в узлы, а также нарастал отек нижних конечностей.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ХОБЛ[J44.9], хронический панкреатит[K86.1], атопический дерматит [L20].
- Аллергологический анамнез: непереносимости пищевых продуктов и лекарственных препаратов не отмечает.
- Наследственность: у отца - бронхиальная астма.
- Хирургические вмешательства: отрицает.

- Вредные привычки: курит с 17 лет по 6 сигарет в день.
- Множественные незащищенные половые контакты.
- Условия быта: удовлетворительные.

Объективный статус

- Поражение кожи носит хронический воспалительный характер.
- Высыпания располагаются симметрично на коже голеней, представлены единичными узлами красно-коричневого цвета, округлой формы с четкими краями, возвышающиеся над поверхностью кожи. При пальпации элементы безболезненные, плотной консистенции.
- Отмечается лимфатический отек нижних конечностей с обеих сторон.



Вопросы:

1. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является?
2. Для подтверждения диагноза в данной клинической ситуации следует?
3. Какова причина развития данного заболевания?
4. В качестве лечения данному пациенту необходимо назначить?

ЗАДАЧА №16

Мужчина, 23 лет обратился на прием дерматовенеролога.

Жалобы

На появление 3 дня назад болезненности при мочеиспускании, частых позывов к мочеиспусканию, выделений из мочеиспускательного канала.

Анамнез заболевания

Считает себя больным 3 дня, когда через 6 дней после полового контакта с малознакомой женщиной отметил появление выделений из уретры, рези при мочеиспускании и частых позывов к мочеиспусканию. Самостоятельно не лечился, обратился для диагностики и лечения.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: хронический тонзиллит.
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: не отягощена.
- Аллергоанамнез: аллергия на бисептол в виде токсидермии.
- Курит по 10-12 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

- Состояние удовлетворительное. Вес 76 кг, рост 187 см. Температура тела 36.7°C. Дыхание в легких везикулярное. Хрипов нет. Чдд 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные. АД 120 и 80 мм рт ст. Живот мягкий безболезненный. Стул регулярный, оформленный. Наружные

половые органы сформированы правильно, органы мошонки не увеличены, безболезненны.

- Наружные половые органы сформированы правильно, губки уретры отечны, гиперемизованы, выделения скудные слизистые. Субъективно: рези при мочеиспускании, частые позывы на мочеиспускание.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы поставите данному пациенту?
2. Какие необходимые лабораторные исследования необходимо провести в данном случае?
3. Назовите цели лечения данного заболевания. Перечислите наиболее эффективные препараты для лечения данного пациента.
4. Перечислите показания к госпитализации при таком диагнозе?

ЗАДАЧА № 17

Женщина 66 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся слабым зудом.

Анамнез заболевания

Пациентка сообщила, что первые высыпания появились более 8 месяцев назад. Постепенно количество высыпаний увеличивалось, появился слабый зуд. По назначению дерматолога получала антигистаминные препараты, топические глюкокортикостероиды и препарат хлорохин в течение 4 месяцев, практически без положительного эффекта.

Анамнез жизни

- Хронические заболевания: артериальная гипертензия, хронический риносинусит.
- Наследственность: не отягощена.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- У близких родственников заболеваний кожи нет.

Объективный статус



- Поражение кожи хронического воспалительного характера. Сыпь симметрична, полиморфна, локализуется в области сгибательных поверхностей лучезапястных суставов, боковых поверхностей туловища, груди, поясницы, на коже голени и тыла стоп.
- Высыпания представлены густо расположенными на отдельных участках тела и местами сливающимися пятнами от 2 мм до 2 см в диаметре. Пятна имеют буроватую окраску с фиолетовым оттенком, неправильные очертания, четкие границы.

- На коже сгибательных поверхностей лучезапястных суставов видны единичные мелкие (2-3 мм в диаметре) полигональные папулы плоской формы розовато-красного цвета с сиреневатым оттенком.
- При боковом освещении отчетливо виден восковидный блеск папул и центральное вдавление на их поверхности. При смачивании поверхности папул маслом можно обнаружить белесоватый сетевидный рисунок.
- Слизистые оболочки не поражены.
- Кожные покровы смуглые. Тургор и эластичность соответствуют возрасту.
- Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей имеют продольные борозды на поверхности. Ногти стоп без патологических изменений.
- Лимфатические узлы не увеличены.
- Субъективно в области высыпаний беспокоит слабый зуд.

Вопросы:

1. Какому диагнозу соответствует клиническая картина заболевания? Назовите форму заболевания.
2. Диагностически значимым первичным морфологическим элементом в клинической картине данного заболевания является?
3. Учитывая незначительный эффект от хинолиновых препаратов в анамнезе, может быть рекомендована терапия какими препаратами и в какой дозе?
4. В случае неэффективности проводимой терапии, рекомендуется назначение какого препарата и в какой дозе? В каких случаях он противопоказан?

ЗАДАЧА № 18

На прием к дерматовенерологу обратился мужчина 28 лет

Жалобы

На высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностях, интенсивный зуд

Анамнез заболевания

Болен с 23 лет, когда впервые на фоне стресса появлялись высыпания на коже верхних конечностей с дальнейшим распространением кожного процесса на туловище и нижние конечности. Отмечает ежегодное обострение в зимнее время. По совету знакомого дерматолога периодически принимал энтеросорбенты, антигистаминные препараты и топические стероиды - с временным положительным эффектом. В настоящий момент в связи с торпидностью к проводимой терапии обратился в клинику для уточнения диагноза и дальнейшей тактики ведения.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: хронический гастрит.
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: аллергия на диклофенак в виде крапивницы.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

- Состояние удовлетворительное. Вес 74 кг, рост 178 см. Температура тела 36,5°C.
- Кожный процесс хронического воспалительного характера. Высыпания симметричные локализуются на коже туловища, верхних и нижних конечностей. На инфильтрированном, гиперемизированном фоне, на местах вскрывшихся везикул отмечаются точечные эрозии с явлением мокнутия, большинство из них покрыто гнойно-геморрагическими

корками. Также имеются мелкопапулезные элементы с эксфолированной поверхностью и точечные геморрагические корочки на местах эксфолиаций.

- Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор, эластичность соответствуют возрасту. Дермографизм красный, нестойкий.
- Слизистые оболочки не поражены.
- Ногтевые пластины кистей и стоп прозрачные, блестящие.
- Субъективно: интенсивный зуд.

Результаты обследования

Клинический анализ крови

Показатели	Результат	Нормы	Единицы
Эритроциты	5.1	3.8-5.5	$\cdot 10^{12}/л$
Гемоглобин	150	120-140	г/л
Тромбоциты	185	180-320	$\cdot 10^9/л$
Лейкоциты	9	4-9	$\cdot 10^9/л$
Лимфоциты	42	25-40	%
Нейтрофилы			
<i>Сегментоядерные</i>	65	48-78	%
<i>Палочкоядерные</i>	2	1-6	%
Эозинофилы	3	1-5	%
Моноциты	4	3-11	%
СОЭ	8	0-20	мм/ч

Вопросы:

1. На основании полученных данных клинического анализа крови какой диагноз можно поставить?
2. В качестве дополнительного метода диагностики больному показано?
3. Назначьте терапию данному больному? Критерием эффективности лечения при своевременно начатой и адекватной терапии является?
4. Какое физиотерапевтическое лечение можно провести больному?

ЗАДАЧА №19

Женщина 63 года обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 16 месяцев, когда впервые отметила появление высыпаний на коже локтевых и коленных суставах, тыльной стороне кистей, запястьях. К врачу не обращалась, самостоятельно использовала смягчающие крема, без эффекта. Начало заболевания ни с чем не связывает.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Гинекологический анамнез: 4 беременности, 3 родов, 1 аборт.
- Хронические заболевания: сахарный диабет 2 типа.
- Аллергоанамнез: не отягощен.

- Наследственность: неотягощена.
- Профессиональных вредностей не имеет.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- Кожный процесс носит распространенный, симметричный характер, локализуется на коже на коже живота, локтевых сгибах, тыльной стороне кистей и стоп, голених.
- Высыпания представлены множественными, рассеянными блестящими папулами и пятнами розового цвета с фиолетовым оттенком. Некоторые из них сливаются между собой, придавая очагам сетчатый вид.



Вопросы:

1. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является? Назовите форму заболевания
2. Основным методом обследования, подтверждающим диагноз, является?
3. Назначьте лечение данной пациентке.
4. При каких формах заболевания будет показана фототерапия?

ЗАДАЧА №20

Мужчина 50 лет обратился на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 7 месяцев, когда впервые отметил выраженное шелушение на коже волосистой части головы. Через 1 месяц в области правого виска отметил появление "пятна" розового цвета, которое быстро увеличивалось в размере. В последующем высыпания распространились на кожу шеи, туловища и конечностей. При обращении к врачу-дерматовенерологу по месту жительства был установлен диагноз: "Псориаз" назначено лечение наружными глюкокортикостероидами, без эффекта. После нервного стресса патологический кожный процесс принял генерализованный характер. Пациент отметил потерю веса на 10 кг за последние 6 месяцев.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: Хронический холецистит. Стеатоз печени. Гастроэзофагальный рефлюкс.

- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: не отягощена.
- Аллергоанамнез: непереносимости пищевых продуктов и лекарственных препаратов не отмечает.
- Не курит. Алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- Патологический кожный процесс носит распространенный характер.
- Локализуется на коже волосистой части головы, лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей в виде множественных эритематозных пятен, бляшек, сливающихся в обширные очаги поражения; фолликулярные папулы; визуализируются "островки" здоровой кожи, фолликулярный гиперкератоз.
- Кожа ладоней розового цвета с желтоватым оттенком.
- На подошвенной поверхности стоп гиперкератоз желтоватого цвета.
- Отмечается умеренная сухость кожных покровов.
- Ногтевые пластинки кистей и стоп изменены: отмечается онихолизис, местами онихогрифоз.
- Субъективно - умеренный зуд.

Результаты лабораторных и иных обследований: При гистологическом исследовании выявлен акантоз с ортокератозом и паракератозом при сохраненном зернистом слое. Волосяные фолликулы расширены, присутствуют роговые пробки. В подлежащей дерме часто присутствует поверхностный периваскулярный и перифолликулярный инфильтрат.



Вопросы:

1. Назовите наиболее вероятный диагноз.
2. В качестве системной терапии в данном случае рекомендовано назначение какого препарата? Назовите рекомендуемую начальную дозу препарата и схему введения.
3. Какие лабораторные показатели необходимо контролировать при назначении такой терапии и как часто?
4. какие препараты рекомендованы в качестве наружной терапии?

ЗАДАЧА №21

Женщина 32 лет, воспитатель в детском саду, обратилась к дерматологу в поликлинику.

Жалобы

На периодические высыпания на коже кистей, сопровождающиеся частым интенсивным зудом и выраженным жжением.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течении года, когда впервые после устройства на работу и периодического контакта с чистящими средствами стала отмечать появление высыпаний на коже кистей в виде пузырьков, сопровождающиеся интенсивным зудом, жжением, мокнутием и формированием болезненных трещин на сгибах пальцев.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Хронические заболевания: отрицает
- Аллергоанамнез: аллергия на шоколад
- Наследственность: неотягощена.
- Профессиональных вредностей не имеет.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- При осмотре: высыпания симметрично локализуются на коже обеих кистей и представлены очагами эритемы с нечеткими границами и участками неизменной кожи по типу «архипелага островов», на фоне которой отмечаются везикулы, точечные эрозии, сопровождающиеся мокнутием и серозные корочки.
- *Субъективно*: интенсивный зуд, чувство жжения

Результаты лабораторных и иных обследований: Определение уровня IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом: gE общий (ИФА) - 130,42 МЕ/мл (норма 0-100 МЕ/мл). Гистологическое исследование биоптатов кожи:

Спонгиоз, большое количество мелких пузырьков в эпидермисе; внутриклеточный отек в клетках шиповатого слоя; в дерме - расширение сосудов поверхностной сосудистой сети, отёк сосочков и лимфоидно-клеточная инфильтрация вокруг сосудов. Патогистологические изменения при хроническом процессе характеризуются наличием периваскулярного инфильтрата в дерме, состоящего из лимфоцитов, фибробластов, гистиоцитов, эозинофилов. В эпидермисе - акантоз, гиперкератоз, паракератоз, незначительный отек.

Вопросы:

1. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является?
2. Какое наружное и системное лечение показано больной? Обоснуйте назначение системной терапии. Перечислите препараты и дозировки.
3. Назовите меры профилактики обострений при данном заболевании.

ЗАДАЧА №22

Пациент 25 лет обратился на консультацию к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На выпадение волос на голове.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 3 недель, когда впервые отметил выпадение волос на голове. За некоторое время до выпадения волос заболел простудой, по поводу которой принимал противовирусные и жаропонижающие препараты.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ.
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: непереносимость препаратов пенициллинового ряда.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.
- Семейное положение: не женат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 5 месяцев назад.
- Пациент сельский житель, работает на ферме.

Объективный статус

- На волосистой части головы очаги алопеции, располагаются преимущественно в височной, теменной и затылочной областях.

- Очаги алопеции неправильно округлой формы диаметром 1-1,5 см (мелкоочаговые), расположенные беспорядочно и не сливающиеся (картина «меха, побитого молнией»).
- Субъективные ощущения отсутствуют.
- Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний не выявлено.
- Кожные покровы половых органов нормальной окраски, высыпаний не выявлено.
- Слизистая оболочка наружного отверстия уретры не измененная, выделения из уретры отсутствуют.
- Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны.

Вопросы:

1. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является?
2. Какой препарат будет являться препаратом выбора для лечения этого больного?

Назовите суточную дозу и продолжительность лечения

3. Клинико-серологический контроль после окончания специфического лечения в течение первого года наблюдения осуществляют 1 раз в __ месяца
4. Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, показано превентивное лечение, у которых с момента контакта прошло не более __ месяцев

ЗАДАЧА № 23

Девушка 25 лет обратилась на прием дерматовенеролога.

Жалобы

На выпадение волос, а также появление высыпаний на коже за ушными раковинами и лба, сопровождающиеся сильным зудом.

Анамнез заболевания

Год назад впервые на фоне стресса отметила выпадение волос (до 150 в день). Самостоятельно 2 месяца применяла 5% раствор миноксидила 2 раза в день утром и вечером. С положительным эффектом. Через 1 месяц от начала применения миноксидила отметила появление высыпаний на коже лица и за ушными раковинами, сопровождающиеся интенсивным зудом.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: хронический бронхит (ремиссия).
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: аллергия на пенициллин в виде высыпаний и зуда.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

- Состояние удовлетворительное. Вес 57 кг, рост 169 см. Температура тела 36.80С.
- Поражение кожи островоспалительного характера. Высыпания локализуются на коже лба и заушными раковинами и представлены папуло-везикулезными элементами, локализующимися на эритематозном фоне, плоской формы, красноватого цвета, округлых очертаний, с резкими границами, плотноватой консистенции. Эритематозные очаги до 8 см в диаметре ярко розового цвета, с резкими границами, неправильных очертаний.

- Элементы сопровождаются интенсивным зудом.
- Проба на выпадение волос положительная.
- Отмечается синдром «рождественской ёлки», в области волосистой части головы наблюдается умеренный зуд.

Вопросы:

1. Назовите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести больной для подтверждения диагноза?
3. Назначьте лечение данной пациентке.

ЗАДАЧА № 24

Мужчина 38 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже носа, век, ушных раковин и верхней части груди, сопровождающиеся болезненностью.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 6 месяцев, когда впервые заметил на коже носа и век, пятна синюшно-багрового цвета. Появление высыпаний ни с чем не связывает, к врачу не обращался. В течение 2 месяцев высыпания распространились на кожу ушных раковин и груди. Со временем отметил появление болезненности в области высыпаний. Самостоятельно принимал обезболивающие и антибактериальные препараты, без эффекта.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: кандидозный стоматит, хроническая обструктивная болезнь легких.
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощен
- Курит, алкоголем не злоупотребляет. 13 лет назад несколько раз вводил внутривенные наркотические средства.
- Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

- На коже носа, век, ушных раковин и верхней части груд расположены множественные узелки и незначительно инфильтрированные бляшечные элементы синюшно-багрового цвета с неправильными контурами.
- При пальпации отмечаются увеличенные подчелюстные, подмышечные и паховые лимфатические узлы до 3 см в диаметре, плотно-эластической консистенции, подвижные, безболезненные.

Вопросы:

1. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является? Назовите форму заболевания
2. Что является причиной развития данного заболевания?
3. Одним из основных путей передачи возбудителя данного заболевания является?
4. Какая терапия рекомендована данному пациенту?

ЗАДАЧА № 25

Пациент 29 лет обратился на консультацию к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже туловища и верхних конечностей

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 2 недель, когда впервые появились высыпания на коже туловища и затем постепенно распространились на верхние конечности. Высыпания появились через некоторое время после простуды, по поводу которой принимал противовирусные и жаропонижающие препараты. Пациент указывает на бытовые контакты с больной корью 2 недели назад.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ.
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощен
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Семейное положение: не женат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 2,5 месяца назад.
- Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

- Поражение кожи носит распространенный характер. Высыпания располагаются на коже туловища, преимущественно на передней и боковых поверхностях груди и живота.
- Высыпания представлены множественными розово-красными розеолами, округлой формы, имеют четкие очертания, в среднем размером 0,5-1 см. Высыпания не сливаются между собой, исчезают при надавливании, субъективные ощущения отсутствуют.
- Видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний не выявлено.
- Кожные покровы половых органов нормальной окраски, высыпаний не выявлено.
- Слизистая оболочка наружного отверстия уретры не измененная, выделения из уретры отсутствуют.
- Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны с окружающими тканями.

Вопросы:

1. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является?
2. Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является?
3. Препаратами выбора для лечения данного больного в амбулаторных и стационарных условиях являются? Назовите разовую дозу этих препаратов.
4. Какая реакция может развиваться после первого введения антибиотика?

ЗАДАЧА №26

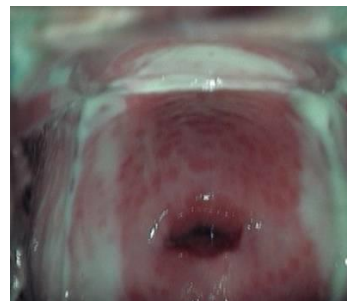
Девушка 26 лет, не имеющая постоянного полового партнёра, обратилась к дерматовенерологу.

Жалобы

На слизисто-гнойные выделения из влагалища, жжение, болезненность при мочеиспускании.

Анамнез заболевания

Первые симптомы заболевания появились через 14 дней после незащищенного полового контакта с малознакомым молодым человеком. Сначала возник зуд и жжение в области вульвы и влагалища, затем через 2–3 дня появились вышеперечисленные симптомы. Не обследовалась, не лечилась. В связи с прогрессированием симптомов заболевания больная обратилась на 5 день к дерматовенерологу. Половая жизнь с 16 лет. Ранее ИППП отрицает.



Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ.
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощен.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

- При осмотре – определяется умеренная гиперемия в области наружных половых органов, мацерация в складках со слизисто-гнойным отделяемым.
- При осмотре на зеркалах – выраженная гиперемия, отек слизистой влагалища, диссеминированные (местами кровоточащие) эрозии, желтоватого цвета слизисто-гнойное отделяемое; из канала шейки матки слизисто-гнойное отделяемое, эрозии (рис.).
- Кожа и видимые слизистые в других областях без патологических изменений.

Результаты лабораторных и иных обследований: в мазках (окраска по Граму) определяется лейкоцитоз - лейкоциты в большом количестве во всех полях зрения в соскобах из влагалища, цервикального канала, до 25 в поле зрения в соскобе из уретры; множественная кокковая флора, определяются единичные *Trichomonas vaginalis*. В ПЦР – определяется *Trichomonas vaginalis*.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь? Какие данные позволяют установить данное заболевание?
2. Какое лечение показано больному?
3. Какие требования предъявляются к результатам лечения? Какие лабораторные критерии используются для этого?
4. Какие обследования проводятся при неустановленном источнике инфицирования у пациента с ИППП (трихомониазом) после окончания лечения?

ЗАДАЧА № 27

Мужчина 69 лет обратился к дерматовенерологу.

Жалобы

На наличие красных, багово - фиолетовых пятен, бляшек и узлов на ногах и кистях, а также отек окружающих тканей; на момент обращения к дерматологу болен около 2 лет.

Анамнез заболевания

Первые проявления заболевания в виде синюшно коричневатых пятен на стопах появились после операции (шунтирование) на сосудах нижних конечностях. Постепенно количество высыпаний увеличивалось, некоторые из пятен трансформировались в бляшки, узлы и опухолевидные образования. Больной всё время после оперативного вмешательства наблюдался хирургами.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ.
- Хирургические вмешательства: аорто-коронарное шунтирование около 2 лет назад
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощен
- Курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

- процесс носит распространенный характер, охватывает дистальные отделы конечностей: стопы, голени и кисти.
- наблюдается ложный полиморфизм. Высыпания представлены безболезненными пятнами, бляшками, узлами и опухолевидными разрастаниями мягко эластичной консистенции.
- На разных участках кожного покрова цвет высыпаний варьирует от синюшно коричневатого до фиолетово коричневого цвета.
- На поверхности некоторых очагов поражения имеются участки гиперкератоза.



Результаты лабораторных и иных исследований: В гистологическом препарате наблюдается пролиферация веретенообразных клеток, образующих переплетающиеся солидные пучки; очаговые периваскулярные и вокруг веретенообразных пучков лимфогистиоцитарные инфильтраты с примесью плазматических клеток. По периферии очагов наблюдаются участки, напоминающие кавернозные гемангиомы, представленные сформированными сосудистыми полостями, разделенными тонкими соединительнотканными перегородками. Присутствуют экстравазаты эритроцитов, а также сидерофаги.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь? Что позволяет верифицировать данное заболевание?
2. Какие варианты этого заболевания существуют?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какова тактика терапии данного заболевания?

ЗАДАЧА №28

На прием к дерматовенерологу обратилась больная 45 лет, весом 105 кг при росте 156 см.

Жалобы

На высыпания кожи головы, верхних и нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Известно, что пациентка более 10 лет страдает псориазом. Последние 5 лет псориаз протекает хуже, чем ранее, у пациентки за это время ни разу не смотря на постоянное применение наружной терапии, не отмечалось полного разрешения высыпаний. Ранее получала UVB - терапию, метотрексат – 15 мг в неделю. Эффект от терапии минимальный.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: гипертоническая болезнь – 2 ст., СД - 2 тип.
- Хирургические вмешательства: отрицает
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощен
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

- При осмотре было выявлено, что псориазические высыпания охватывают кожу волосистой части головы, верхние и нижние конечности.
- Индексы оценки тяжести составили: BSA – 19 баллов; PAS – 28,5 баллов.

Вопросы:

1. Оцените тяжесть течения псориаза. На основании каких критериев была дана оценка тяжести.
2. Какой вид терапии показан больной, какой препарат показано назначить из этой группы?
3. Какие критерии послужили обоснованием для назначения данного вида лечения и выбора лекарственного препарата в назначенной дозе.
4. Какое обследование обязательно должно быть проведено пациентке перед назначением выбранного метода терапии?

ЗАДАЧА № 29.

Больной 43 лет обратился на прием к дерматологу.

Жалобы

На плохое общее самочувствие, зуд, болезненность и покраснение всего кожного покрова.

Анамнез заболевания

Пациент с 12 летнего возраста страдает бляшечным псориазом. Разлитая эритема, отек кожи, сопровождающиеся сильным зудом и жжением, появились накануне обращения его за медицинской помощью. Из опроса пациента стало известно, что до эпизода возникновения разлитой эритемы у него были проявления псориаза на локтях коленях голенях и животе. Больной за 3 суток до обращения за медицинской помощью косил траву на дачном участке и длительно пребывал на солнце.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ.

- Хирургические вмешательства: отрицает
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощен
- Курит по 10 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

- При осмотре обращает на себя внимание состояние средней тяжести больного, а также субтотальное поражение кожного покрова (более 90%).
- Кожа отечна, гиперемизована, на некоторых участках кожи (локтях, коленях) слегка контурируют бляшечные высыпания, в этих местах выражено шелушение.
- Температура тела составляла на момент осмотра – 38,5°C.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз больному, назовите причину развития данного состояния.
2. Назначьте лечение больному с применением препаратов системного действия.
3. Какой вид наружной терапии показан больному?
4. Какая тактика лечения будет применяться у этого больного после отмены системной терапии?

ЗАДАЧА № 30

Больная 21 года, обратилась на прием к дерматологу.

Жалобы

На множественные шелушащиеся высыпания красного цвета на коже туловища.

Анамнез заболевания

Известно, что высыпания появились после переохлаждения, повышения температуры до 38,5, и появления боли в горле. При опросе удалось установить, что больная ранее обращалась к дерматологу в связи с появлением обильного шелушения волосистой части головы, которое разрешалось после применения шампуней, содержащих деготь.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально.

Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ.

Хирургические вмешательства: отрицает

Наследственность: неотягощена.

Аллергоанамнез: неотягощен

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

- При осмотре пациентки выявлены: гиперемия задней стенки глотки, дужек зева и белые округлой формы налеты на миндалинах, а также распространенные папулезные высыпания на коже туловища.
- Высыпания представлены плоскими папулами красного цвета, до 1,0 см в диаметре, поверхность высыпаний покрыта серебристо-белыми чешуйками.
- После выполнения одной из дерматологических манипуляций с положительным результатом, врач дерматолог поставил диагноз и назначил необходимое лечение.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз больной и обоснуйте его, укажите предполагаемую причину (триггер) развития процесса.

2. Перечислите симптомы, составляющие псориазическую триаду, какие патогистологические изменения в эпидермисе и/или дерме соответствуют клиническим симптомам псориазической триады.

3. Назначьте терапию данной пациентке.

4. Какая группа антибактериальных препаратов может вызвать ухудшение течения псориаза при лечении ангины или хронического тонзиллита? Какая группа антибиотиков может быть применена для лечения ЛОР патологии?

ЗАДАЧА № 31.

К дерматологу обратилась больная 47 лет.

Жалобы

На высыпания на волосистой части головы в виде красных, шелушащихся бляшек.

Анамнез заболевания

Считает, что появление высыпаний связано с появлением у нее дома котенка. Просит обследовать для исключения «стригущего лишая».

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ.
- Хирургические вмешательства: отрицает
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощен
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

- При осмотре у пациентки выявлены на волосистой части головы, располагающиеся в лобной и в затылочной частях, плоские четко очерченные красного цвета, покрытые серебристо-белыми чешуйками две бляшки.
- В некоторых местах бляшки экскориированы, на их поверхности есть геморрагические корочки.
- В лобной части бляшка выходит на 1 см за пределы границы роста волос.
- Выпадения или обламывания волос в зонах поражения или вне их не определяется.
- При осмотре ногтевых пластинок кистей на 2 пальце левой кисти и 3 пальце правой кисти выявлены наперстковидные углубления.

Результаты лабораторных и иных обследований: свечения волос при осмотре в лучах лампы Вуда не выявлено. Микроскопическое исследование чешуек кожи: обнаружены множественные крупные округлой формы дрожжевые клетки.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие грибы обнаружены у пациентки? Какое влияние они оказывают на течение основного заболевания?
3. Назначьте терапию данной пациентке.
4. Шампунь с каким ГКС применяется в данном случае. К какому классу ГКС топического действия он относится. Назовите режим дозирования и правила его нанесения.

ЗАДАЧА № 32.

Больной 25 лет обратился на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На боли в суставах кистей и стоп.

Анамнез заболевания

Пациент с 5-летнего возраста страдает псориазом. Около года назад появились боли в суставах кистей и стоп.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ.
- Хирургические вмешательства: отрицает
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощен
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

- При осмотре у пациента выявлены ограниченное поражение кожи на волосистой части головы и типичные псориазические бляшки на разгибательных поверхностях локтевых суставов.
- При осмотре кистей обращает на себя ассиметричное поражение суставов с вовлечением в процесс дистальных межфаланговых суставов и развитием дактилитов на 4 пальце правой кисти и 2 пальца левой кисти. Всего поражено 6 суставов.

Результаты лабораторных и иных обследований: На рентгенограммах кистей и стоп выявлено ассиметричное поражение суставов кистей и стоп. В некоторых головках суставов отмечается кистозная перестройка, истончение кортикального слоя.

Ревматоидный фактор при лабораторном обследовании больного отрицательный, показатели уровня мочевой кислоты в сыворотке крови в пределах нормальных значений.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз больному и обоснуйте его.
2. Какое лечение было бы оптимальным?
3. Назовите препарат выбора для лечения данной патологии в отсутствие возможности назначения биологической терапии. Назовите дозы, режим и пути введения препарата.
4. Показано ли применение антигистаминных препаратов у данного больного? Обоснуйте.

ЗАДАЧА № 33

48-летний мужчина, агроном, поступил в клинику на дерматологическое отделение.

Жалобы

На высыпания на лице.

Анамнез заболевания

Болен около шести лет, когда через несколько месяцев после травмы стружкой на коже правой щеки стали появляться не зудящие красноватые папулы, которые сливаясь образовали монетовидную бляшку красно синюшного цвета, плотной консистенции, на поверхности которой располагались слоистые толстые пропитанные гноем корки. Предварительный диагноз – вульгарная волчанка был поставлен на основании обнаружении при гистологическом исследовании специфической гранулемы, с некрозом в центре валом эпителиоидных клеток, лимфоцитов и значительного количества нейтрофилов. В течение одного года пациенту было проведено противотуберкулезное лечение, которое было без эффекта. Повторная биопсия выявила в гистологическом препарате в центре инфекционной гранулемы большое количество «склеротических клеток» – коричневых крупных с двухконтурной стенкой и перегородкой по центру.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз больному и назовите возбудитель.
2. Каким образом, мог заразиться больной. Где обитают возбудители данного заболевания?
3. Перечислите методы терапии данного заболевания.
4. Какие системные антифунгальные препараты применяются для лечения этого заболевания?
5. Какой из перечисленных регионов не является эндемичным: Северо-Западная Европа, Юго-Восточная Азия, Южная Америка. Обоснуйте ответ.

ЗАДАЧА № 34.

Домохозяйка 48 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На отслоение ногтевых пластин правой кисти, периодически возникающее воспаление и болезненность ногтевых валиков.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около года, когда стала отмечать болезненность (нередко пульсирующего характера), отек, покраснение ногтевых валиков (особенно после стирки, мытья полов), иногда сопровождающиеся выделением небольшого количества гноя из-под ногтевых валиков; три месяца назад заметила буроватые пятна, а затем и отслоения у основания ногтей. 4 месяца назад лечилась у хирурга по поводу гнойного панариция III пальца правой кисти.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: сахарный диабет 2-го типа.
- Хирургические вмешательства: гнойный панариций III пальца правой кисти.
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощен
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

- Ногтевые пластинки III и IV пальцев обеих кистей тусклые, мутные, ломкие, желтовато-коричневого цвета, в проксимальных отделах имеются зоны онихолизиса более 1/3–1/2 по площади;
- У латерального края III пальца правой кисти ногтя отсутствует фрагмент, что придает ногтю вид обрезанного сбоку края (проксимально-латеральный вариант);

- Поверхность ногтей кистей с чередующимися поперечными параллельными лунками и свободному краю ногтя бороздами и возвышениями,
- Задние ногтевые валики с мелкопластинчатым шелушением (особенно выражено по краям), слегка отечны и гиперемированы, кутикула отсутствует, болезненность, флюктуация под ногтями при пальпации ногтевых валиков на момент осмотра отсутствует.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен? Обоснуйте
2. Результаты каких исследований подтвердят клинически предполагаемый диагноз?
3. Какие фоновые факторы способствуют возникновению описанных поражений кистей у пациентки и требуют коррекции?
4. Назначьте лечение данной пациентке.

ЗАДАЧА № 35

На прием к врачу обратилась девушка 18 лет. с жалобами на зудящие высыпания, сухость

Жалобы

На зудящие высыпания, сухость и стянутость кожи туловища.

Анамнез заболевания

Больна с младенческого возраста. Сон из-за зуда не нарушен. Со слов матери пациентки, начало кожного заболевания совпало с введением прикорма, сопровождалось зудом, провоцирующими обострения причинами были преимущественно алиментарные факторы. В возрасте от 2 до 13 лет наблюдалась ремиссия заболевания, затем высыпания возобновились. Последние годы обострения наблюдаются не чаще 1-2 раза в год преимущественно в холодное время года, чаще продолжительностью рецидива до 1 месяца. Отмечается положительный эффект от применения топических кортикостероидных препаратов, средств щадящего базового ухода, однако последними пользуется нерегулярно. Больная связывает обострения заболевания с нарушениями диеты (употреблением в пищу морепродуктов, шоколада, сладостей, орехов, меда, ряда фруктов и овощей), психоэмоциональными факторами, так же контактами кожи с водой, моющими средствами. Текущее обострение началось в период психоэмоциональных нагрузок из-за сдачи экзаменов.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ.
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: неотягощена.
Аллергоанамнез: у матери и бабушки бронхиальная астма, у отца экзема кистей.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

- При осмотре: повышенная общая сухость кожи, высыпания локализуются на коже в области подколенных и локтевых сгибов, тыле кистей и представлены в виде эритемато-сквамозных очагов без четких границ с легкой инфильтрацией, лихенификацией, мелкопластинчатым шелушением, единичными экскориациями;
- В области локтевых сгибов дополнительно единичные микровезикулы и точечные микроэрозии с мокнутием, серозными корочками;
- Так же наблюдается потемнение кожи периорбитальной области, дополнительная горизонтальная складка кожи нижнем веке, гиперлинеарность ладоней.

- Дермографизм белый, стойкий.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый диагноз (название заболевания, стадию, возрастной период, тяжести течения).
2. Какое лечение показано данной больной?
3. Каковы меры предупреждения обострения заболевания?
4. Какой уход за кожей можно рекомендовать данной пациентке?

ЗАДАЧА № 36

29-летняя пациентка обратилась на прием к дерматологу.

Жалобы

На высыпания на коже лица, существующие несколько лет.

Анамнез заболевания

Пациентка указала, что в течение подросткового периода страдала от высыпаний акне умеренной тяжести, которые самопроизвольно разрешились во время учебы в колледже. Тем не менее, в течение последних двух лет, она снова стала отмечать появление высыпаний на лице, сопровождающихся постоянным покраснением лица. Многочисленные лекарственные препараты, которое она использовала для терапии «акне» зачастую ухудшали состояние кожи, вызывая ощущение сухости и раздражения. Декоративная косметика, наносимая для камуфлирования высыпаний и покраснения, также вызывала раздражение. Пациентка отмечает, что состояние кожи ухудшалось после солнечного облучения, тепла и стресса, а также что употребление красного вина провоцировало «приливы» и покраснение. Отрицает использование топических кортикостероидов на кожу лица. Пациентка не беременна, не кормит грудью, принимает КОК.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ.
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощена.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

- При осмотре выявлена заметная эритема, поражающая нос, медиальные зоны щек, подбородок.
- В тех же областях отмечаются единичные папулы и пустулы; кожа шеи, груди и спины - свободны от высыпаний. На щеках отмечаются телеангиэктазии.
- Открытых или закрытых комедонов не выявлено.
- В области волосистой части головы и ушных раковин эритема или шелушение отсутствуют;
- Конъюнктивы и ресничный край без патологии.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь? Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
2. Какое лечение показано?

3. Какие меры профилактики обострений?
4. Какой уход за кожей рекомендован таким пациентам?

ЗАДАЧА № 37

На прием к дерматологу обратилась 28-летняя женщина.

Жалобы

На пятна бледно-красного цвета на коже туловища.

Анамнез заболевания

Пациентка указала, что сыпь существует около недели, не увеличивается, не сливается и не шелушится. В разводе, есть ребенок 4-х лет, около трёх месяцев назад была половая связь с малознакомым мужчиной.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ.
- Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощена.
- Курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

- При осмотре на туловище (грудь, живот, верхняя часть спины) – пятнистые высыпания бледно-розового цвета, которые не сливаются и не шелушатся,

Результаты лабораторных и иных обследований: При витропрессии пятна полностью исчезают. При исследовании крови: РМП, РИФ, РПГА положительны.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?
2. Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какое лечение показано больной?
4. Какие консультации (исследования) необходимо провести данной пациентке?

ЗАДАЧА № 38

50-летний мужчина обратился к дерматологу.

Жалобы

На угревидные высыпания, на теле, руках и ладонях.

Анамнез заболевания

Известно, что сыпь существует около 3-х недель, работает ночным охранником, женат, беспорядочные половые связи отрицает.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ.
- Хирургические вмешательства: отрицает
- Наследственность: неотягощена.

- Аллергоанамнез: не отягощен
- Курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Семейное положение: женат.
- Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

- При осмотре на туловище (грудь, живот, спина) и на ладонях – папуло-пустулёзные высыпания,
- гнойные корки на поверхности красноватых папул, до 5 мм в диаметре.

Результаты лабораторных и иных обследований: РМП, РИФ, РПГА положительны.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?
2. Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
3. Какое лечение показано больному?
4. Какие консультации (исследования) необходимо провести данному пациенту?
5. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

ЗАДАЧА № 39

28 - летний мужчина обратился к дерматовенерологу.

Жалобы

На положительные реакции на сифилис, которые были случайно выявлены при обследовании (РИФ и РИТ).

Анамнез заболевания

Пациент не может сказать, как давно реакции на сифилис стали положительными (кровь на сифилис сдавал около 2 лет назад – результат обследования был отрицательным), в течение этих 2-х лет получал антибиотикотерапию по поводу ангины, ранее были беспорядочные половые связи, семейное положение – холост.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ.
- Хирургические вмешательства: отрицает
- Наследственность: не отягощена.
- Аллергоанамнез: не отягощен
- Курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Семейное положение: не женат.
- Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

При осмотре – высыпаний на коже и слизистых нет.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь? Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
2. Какое лечение показано больному?
3. Какие исследования необходимо провести данному пациенту?
4. При каких состояниях возможны положительные серологические тесты на сифилис?

ЗАДАЧА № 40

Мужчина, 39 лет, по профессии строитель, обратился на прием к дерматологу.

Жалобы

На высыпания на лице в области усов и бороды.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение нескольких лет. К врачу не обращался, лечился самостоятельно различными наружными спиртосодержащими растворами, кремами с содержанием антибиотиков, с кратковременным эффектом. После применения ГКС-содержащего крема (по совету соседки) количество сыпи резко увеличилось.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: хронический ринит.
- Хирургические вмешательства: отрицает
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощен
- Курит, алкоголем не злоупотребляет.
- Семейное положение: не женат.
- Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

- При осмотре: на коже лица, в зоне роста щетинистых волос (в области бороды и усов), на фоне незначительной инфильтрации локализуются сливные очаги, состоящие из остроконечных фолликулярных пустул, покрытых гнойными корочками.
- По периферии, на фоне незначительной гиперемии множественные рассеянные фолликулярные пустулы, пронизанные волосом в центре и с небольшим ободком реактивной гиперемии.
- Субъективно незначительная болезненность.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь? Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какое обследование необходимо провести пациенту?
4. Какой план лечения и профилактических мер для предотвращения рецидивирования показан?

ЗАДАЧА № 41

55-летний мужчина, светлокожий (1 фототип по Фицпатрику), работающий в сфере строительства, обратился к дерматологу.

Жалобы

На приливы и покраснение лица, существующие много лет.

Анамнез заболевания

В течение последних лет пациент отмечал появление «прыщей» и «неровностей» на коже щек и носа, преимущественно в центральной части лица. Также отмечались усиливающиеся «приливы», с каждым разом, становившиеся все интенсивнее, сопровождающиеся ощущением жара и жжения. Пациент отметил, что кожа носа стала более толстой, грубой. Со слов жены, покраснение лица усиливается при употреблении утреннего кофе, после работы и, особенно, после вечернего бокала вина. Пациент указывал, что длительное время подвергался УФ облучению, что связано с родом его деятельности, а также отмечал, что редко использовал солнцезащитный крем.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ.
- Хирургические вмешательства: отрицает
- Наследственность: неотягощена.
- Аллергоанамнез: неотягощен
- Курит, алкоголь употребляет умеренно
- Семейное положение: женат.

Объективный статус

- При осмотре – на фоне центрофациальной эритемы, без признаков шелушения, множественные телеангиэктазии, около десяти папуло-пустулезных элементов, гиперплазия слюнных желез, утолщение кожи в центральной части лица.
- Кожа носа рыхлой текстуры, расширенные поры, незначительная деформация носа.
- Пациент был осмотрен окулистом. При офтальмологическом обследовании выявлено умеренный отек и шелушение краев век, умеренная конъюнктивальная инъекция.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь? Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
2. Какое лечение показано больному?
3. Какие меры предупреждения обострения?
4. Какой уход за кожей рекомендован пациентам с таким заболеванием?

ЗАДАЧА № 42

Мужчина 20 лет обратился к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На высыпания на коже верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 6 месяцев. Все это время заболевание имеет рецидивирующее течение с обострениями преимущественно в зимнее время. Кроме того, отмечает ухудшение состояния кожи в весеннее время, когда цветет ольха. В это же время возникают отеки век, слезотечение, светобоязнь, зуд вокруг глаз, появляется ощущение заложенности носа. Отмечает обострения заболевания после употребления в пищу яиц, шоколада, цитрусовых. В последние несколько лет обострения становятся менее выраженными. В летнее время высыпания полностью регрессируют. Настоящее обострение связывает с эмоциональными переживаниями из-за конфликтов с друзьями

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.

- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ, остеофолликулит, рецидивирующие фурункулы, рецидивы простого герпеса 2-3 раза в год.
- Хирургические вмешательства: отрицает
- Наследственность: Отец больного страдает atopической бронхиальной астмой.
- Аллергоанамнез: не отягощен
- Курит, алкоголь употребляет умеренно
- Семейное положение: не женат, 55-летний проживает в 3-комнатной квартире с отцом, матерью и братом.
- Пациент учится в институте, питается нерегулярно.

Объективный статус

- Поражение кожи хронического воспалительного характера.
- Высыпания располагаются в локтевых и подколенных сгибах, занимая 2–3% поверхности тела.
- Кожа пациента сухая. Высыпания представлены очагами эритемы и незначительно выраженной инфильтрации с нечеткими границами. Имеются единичные экскориации. Кожа в очагах поражения лихенифицирована.
- В периорбитальной области кожа гиперпигментирована.
- Отмечается гиперлинеарность кожи ладоней и подошв.
- Имеется дополнительная складка нижнего века
- Дермографизм белый стойкий.
- Субъективно – умеренный зуд.

Результаты лабораторных и иных обследований: У пациента за последний месяц по результатам дважды проведенного биохимического анализа крови обнаружена гипопротейнемия.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?
2. Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание? Назовите один из главных диагностических критериев, выявленных у пациента.
3. Какое лечение показано больному?
4. Какой уход за кожей рекомендован пациентам с таким заболеванием?

ЗАДАЧА № 43

Пациентка 35 лет обратилась на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже верхних конечностей.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 1 месяца, когда впервые отметила появление высыпаний на коже локтевых суставах, тыльной стороне кистей, запястьях.

К врачу не обращалась, самостоятельно использовала смягчающие крема, без эффекта. Начало заболевания ни с чем не связывает.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Гинекологический анамнез: 1 беременность, 1 роды.
- Хронические заболевания: хронический гастрит в стадии ремиссии.
- Аллергоанамнез: не отягощен.

- Наследственность: неотягощена.
- Профессиональных вредностей не имеет.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- Кожный патологический процесс носит ограниченный, симметричный характер и локализуется на коже тыльной стороны кистей, локтевых и лучезапястных суставах.
- Высыпания представлены мелкими, плотными, гладкими, блестящими папулами розоватого цвета, расположенные кольцевидно, диаметром 1-5 см. В центральной части очагов кожа слегка синюшная. Периферический край очага составляют узелки.
- Взят биоптат кожи для гистологического исследования.



Результаты лабораторных и иных обследований: При гистологическом исследовании биоптата кожи в верхнем и среднем слоях дермы выявлены хронические инфильтраты и гранулематозное воспаление, очаги некробиоза соединительной ткани, окруженные частоколом гистиоцитов; гигантские многоядерные клетки.

Вопросы:

1. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является? Назовите форму данного заболевания у пациентки.
2. Какое наружное и системное лечение показано больной? Перечислите препараты и дозировки.
3. Какую немедикаментозную терапию Вы можете посоветовать для лечения данной пациентки?

ЗАДАЧА № 44

Мужчина 66 лет обратился к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На изменение формы и цвета ногтевых пластин стоп и правой кисти, а так же на высыпания на коже стоп и правой кисти.

Анамнез заболевания

Много лет изменены ногти стоп. 2 месяца назад заметил высыпания на коже правой кисти, периодически беспокоит зуд. Обследование не проводилось. У родственников имеется грибковое заболевание ногтей.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Хронические заболевания: Обструктивный бронхит, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Наследственность: не отягощена.
- Профессиональных вредностей не имеет.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- Поражение всех ногтевых пластин стоп и правой кисти хронического воспалительного характера.
- Изменены все ногти по гипертрофическому типу, дистально-латеральная форма, до матрикса, серо-жёлтого цвета.
- Высыпания на коже подошв, межпальцевых складках стоп и правой кисти.
- На коже подошв, межпальцевых складках стоп и правой ладони наблюдается обильное кольцевидное и муковидное шелушение. На тыльной поверхности правой ладони и стоп ограниченные очаги инфильтрации, с возвышающимся валиком по периферии, на поверхности шелушение.
- Субъективно – беспокоит периодический зуд.
- Ногтевые пластины левой кисти не изменены.

Результаты лабораторных и иных обследований: При микроскопическом исследовании биологического материала, полученного с ногтевых пластин, обнаружен мицелий грибов.

Вопросы:

1. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является? Наиболее информативными клиническими признаками для постановки диагноза являются
2. Какое наружное и системное лечение показано больному? Обоснуйте назначение системной терапии. Перечислите препараты и дозировки.
3. Какие обследования необходимо назначить перед назначением системной антимикотической терапии у взрослых?

ЗАДАЧА № 45

Мама с мальчиком 10 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже живота, сопровождающиеся умеренным зудом.

Анамнез заболевания

Со слов матери, первые высыпания появились 10 дней назад на коже живота. Самостоятельно не лечились.

В течение недели отметили распространение высыпаний.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Хронические заболевания: хронический гастрит в стадии ремиссии.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Наследственность: не отягощена.
- Дома живет кошка.
- Ходит в спортивную секцию по каратэ.

Объективный статус

- Кожный процесс носит ограниченный характер и локализуется на коже живота. Патологических очагов – 5.
- Высыпания представлены отдельными округлыми эритематозными пятнами розового цвета до 2 см в диаметре с периферическим валиком, на поверхности которых отмечается мелкопластинчатое шелушение. Часть очагов имеет форму «кольца в кольце».
- Волосы в очагах поражения обломлены и выступают над поверхностью кожи на 3 мм.
- Субъективно беспокоит умеренный зуд.

Результаты лабораторных и иных обследований: При микроскопическом исследовании визуализируется волос, окруженный «чехликом» из мозаично расположенных спор. В толще волоса обнаруживаются преимущественно нити мицелия.

Вопросы:

1. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является? Наиболее информативными клиническими признаками для постановки диагноза являются
2. Какое наружное и системное лечение показано больному? Обоснуйте назначение системной терапии. Перечислите препараты и дозировки.
3. Лечение считается законченным при ____ отрицательных результатах исследования

ЗАДАЧА № 46

Женщина 35 лет поступила в круглосуточный стационар.

Жалобы

На высыпания на коже волосистой части головы, туловища, паховой области, верхних, нижних конечностей, выраженный зуд, чувство стягивания кожи.

Анамнез заболевания

Пациентка считает себя больной в течение 19 лет, когда впервые, после перенесенной ангины, отметила появление высыпаний на коже туловища. За медицинской помощью не обращалась, ничем не лечилась. Высыпания самостоятельно регрессировали. Через 2 года отметила появление новых высыпаний на коже туловища верхних конечностей. Обратилась врачу-дерматовенерологу по месту жительства, проведено лечение топическими глюкокортикостероидными препаратами, антигистаминными препаратами, гепатопротекторами, проведена десенсибилизирующая терапия, с выраженным положительным эффектом. Полная ремиссия составила 2 года. После чего отметила появление новых высыпаний. В течение 3х лет кожный патологический процесс прогрессировал в виде постепенного распространения аналогичных очагов поражения на кожу волосистой части головы, верхних и нижних конечностей, ягодиц. В связи с чем пациентка неоднократно лечилась по месту жительства в условиях круглосуточного стационара, где получала процедуры общей узкополосной фототерапии, дезинтоксикационную и наружную терапию глюкокортикостероидными средствами с кратковременным положительным эффектом в виде частичного разрешения высыпаний. Неполные ремиссии составляли до 2 месяцев. В течение последних 8 лет в периоды обострений пациентка в условиях стационара по месту жительства получала терапию метотрексатом с высокой эффективностью в виде полного разрешения высыпаний на коже туловища, верхних и нижних конечностей, однако, в связи с развившейся в период последней госпитализации тромбоцитопенией и повышением печеночных ферментов препарат был отменен. Была назначена терапия циклоспорином с частичным положительным эффектом, однако, на фоне лечения было отмечено двухкратное повышение уровня креатинина в крови, в связи с чем препарат был отменен.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Хронические заболевания: ОРВИ.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Наследственность: не отягощена.
- Профессиональных вредностей не имеет.
- Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- Общее состояние: удовлетворительное.
- Телосложение: правильное.
- Лимфатические узлы: не пальпируются.
- Органы движения (костно-мышечная система): жалоб нет.
- Костно-мышечная система: не изменена.
- Видимые слизистые: розовые.
- Цвет кожи: бледнорозовый.
- Тургор: нормальный.
- Локальный статус: кожный патологический процесс носит распространенный характер. Высыпания локализуются на коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностях, паховой области. На коже волосистой части головы отмечаются множественные бляшки и папулы округлой формы, с выраженной инфильтрацией, ярко-красного цвета и с мелкопластинчатым шелушением на поверхности. На коже груди, спины, крестцовой области, а также разгибательных поверхностей локтевых суставов, кистей, верхней и нижней трети голеней наблюдаются склонные к слиянию папулы и бляшки округлой формы, ярко-красного цвета, размером от 2 до 15 см в диаметре, с четкими границами, выраженной инфильтрацией покрытые серебристо- белыми чешуйками на поверхности. По периферии некоторых элементов наблюдается зона ярко-розового цвета, свободная от шелушения. На коже лобковой области, пахово-бедренных складок, межъягодичной складки отмечаются крупные бляшки неправильной формы, с четкими границами, ярко-красного цвета, с выраженным шелушением на поверхности.



Результаты лабораторных и иных обследований: При гистологическом исследовании выявлен выраженный акантоз эпидермиса с колбообразным расширением эпидермальных выростов книзу и истончением эпидермиса над вершучками вытянутых сосочков дермы, нарушением процессов кератинизации в виде паракератоза и исчезновения зернистого слоя; в роговом слое и в зоне паракератоза обнаружены скопления нейтрофильных лейкоцитов (микроабсцессы Мунро).

Вопросы:

1. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является?
2. Какое системное лечение показано больной? Обоснуйте назначение системной терапии. Перечислите препараты и схему введения.

3.Какое наружное лечение показано больной?

4.Какие обследования необходимо назначить перед и во время прохождения системной терапии?

ЗАДАЧА № 47

Подросток (мальчик) 15 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже волосистой части головы, лица и спины.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение нескольких месяцев. Когда впервые отметил появление высыпаний на коже лица. К врачу не обращался, самостоятельно лечился антигистаминными средствами, без эффекта.

Со временем высыпания распространились на кожу волосистой части головы и спины. Начало заболевания ни с чем не связывает.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Хронические заболевания: аллергический ринит.
Аллергоанамнез: не отягощен.
- Наследственность: не отягощена.
- Не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

- Кожный патологический процесс носит распространенный характер и локализуется на коже волосистой части головы, лица и межлопаточной области.
- На лице высыпания локализуются в области крыльев носа, лба, носогубных складок, надпереносья, бровей.
- Высыпания представлены очагами эритемы бледно-розового цвета округлой формы с незначительной инфильтрацией, на поверхности отмечается шелушение и наложение корок желтого цвета.
- Субъективно – выраженный зуд.

Результаты лабораторных и иных обследований: При гистологическом исследовании выявлен периваскулярный инфильтрат из лимфоцитов и гистиоцитов, умеренный спонгиоз. Обнаруживаются фолликулярные пробки вследствие ортокератоза и паракератоза, а также скопления нейтрофилов в устьях фолликулов.

Вопросы:

1. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является?
2. Какое наружное лечение показано больному?
3. При резистентности к наружному лечению какое лечение показано больному. Перечислите препараты и дозировки.

ЗАДАЧА № 48

Мать с мальчиком 12 лет обратились к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже лица, волосистой части головы, сопровождающиеся незначительным зудом.

Анамнез заболевания

Мать пациента сообщила, что первые высыпания появились на коже волосистой части головы 7 дней назад. Постепенно процесс распространился на лицо.

К врачам не обращались, самостоятельно лечились наружными глюкокортикостероидными средствами, после чего отметили ухудшение процесса.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.
- Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ, ветряная оспа (в 5 лет), скарлатина (в 4 года)
Хирургические вмешательства: отрицает.
- Наследственность: у отца псориаз.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- 14 дней назад начал посещать спортивную секцию вольной борьбы.
- Дома живет кошка.

Объективный статус

- Кожный патологический процесс носит распространенный характер.
- Высыпания локализуются на коже волосистой части головы и лица.
- На коже волосистой части головы высыпания представлены мелкими шелушащимися очагами неправильных очертаний с нечеткими границами. Поверхность очагов покрыта белесоватыми чешуйками. Волосы в очагах обломаны на высоте 1-2 мм над кожей.
- Высыпания на коже лица представлены эритематозными пятнами округлых очертаний, с валиком по периферии, с наличием узелков, пузырьков и корочек. В области бровей отмечаются мелкие очаги с незначительным шелушением, волосы в очагах обломлены.
- Ногтевые пластинки не изменены.
- Субъективно беспокоит незначительный зуд.



Результаты лабораторных и иных обследований: При микроскопическом исследовании биологического материала обнаружены мицелий и споры гриба.

Вопросы:

1. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является? Назовите характерный клинический признак, помогающий установить диагноз.

2. В качестве препарата для системной терапии больному рекомендуется назначение? Перечислите препараты и дозировки. Обоснуйте назначение системной терапии.

Назنا

3. Какое наружное лечение показано больному?

4. Лечение считается законченным при ____ отрицательных результатах исследования.

Интервал между проведением очередного микроскопического исследования на грибы в течение периода терапии должен составлять _____ дней

ЗАДАЧА № 49

Мужчина 35 лет обратился к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На высыпания на коже головы, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся выраженным зудом

Анамнез заболевания

Заболел в возрасте 1 года. Все это время заболевание имеет рецидивирующее течение. Обострения развиваются преимущественно в зимнее время. Кроме того, отмечает ухудшение состояния кожи в весеннее время, когда цветет береза. В это же время появляется ощущение заложенности носа. Отмечает обострения заболевания после употребления в пищу шоколада, яиц, цитрусовых.

Анамнез жизни

- Проживает в 2-комнатной квартире с женой и сыном. В квартире содержится кошка.
- Мать больного страдает бронхиальной астмой.
- 6 лет назад оториноларинголог диагностировал аллергический ринит.
- 7 лет назад у пациента был диагностирован хронический гломерулонефрит. Заболевание сопровождается повышенным уровнем креатинина в крови. Последняя консультация нефролога - 2 недели назад: хронический гломерулонефрит в стадии компенсации.
- Периодически отмечается повышенный уровень глюкозы в сыворотке крови.
- 2-4 раза в год у пациента возникают рецидивы простого герпеса
- У пациента в последний месяц дважды при проведенном биохимическом анализе крови обнаружены гиперхолестеринемия и гипопропротеинемия, повышенный уровень креатинина в крови и пониженный уровень ферритина в крови.
- У пациента ожирение 2 степени.

Объективный статус

- Поражение кожи хронического воспалительного характера.
- Кожа пациента сухая.
- Высыпания располагаются на коже лица, шеи, туловища, конечностей, преимущественно в локтевых и подколенных сгибах.
- Высыпания представлены обширными очагами эритемы и инфильтрации с нечеткими границами, полушаровидными округлыми папулами розовато-красного цвета, диаметром около 0,5 см, плотной консистенции.
- В очагах поражения имеются множественные эскориации.
- Кожа в очагах поражения, особенно в локтевых и подколенных сгибах лихенифицирована.
- Кожа периорбитальной области гиперпигментирована. Отмечается гиперлинеарность кожи ладоней и подошв
- Дермографизм белый стойкий.
- Субъективно - выраженный зуд.

Результаты лабораторных и иных обследований:

Клинический анализ крови: обнаружено повышенное относительное (11%) и абсолютное (782 кл/мм³) содержание эозинофилов в крови, повышенная скорость оседания эритроцитов - 23 мм/час

Вопросы:

1. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является?
2. Какое наружное лечение показано больному?

3. Какое лечение Вы порекомендуете в случае, если пациент отказывается от использования топических кортикостероидов?

ЗАДАЧА № 50

Мужчина 26 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже спины.

Анамнез заболевания

2 дня назад впервые отметил появление болезненных высыпаний с гнойным содержанием на коже спин. Самостоятельно не лечился.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: сахарный диабет 1 типа, генитальный герпес.

Аллергологический анамнез: непереносимости пищевых продуктов и лекарственных препаратов не отмечает.

Наследственность: неотягощена.

Хирургические вмешательства: аденоидэктомия в 7 лет.

Вредные привычки: курит по 12 сигарет в день.

Условия быта: удовлетворительные.

Не женат, постоянного полового партнера нет.

Объективный статус

- Поражение кожи носит воспалительный характер.
- Высыпания располагаются на коже спины, представлены желтовато-белыми пустулами, пронизанными волосом.

Результаты лабораторных и иных обследований:

Обнаружен обильный рост *Staphylococcus aureus* 105 КОЕ/г.

Чувствительность к антибиотикам: гентамицин (S), эритромицин (S), доксицилин (I), клиндамицин (S), левофлоксацин (S), цефтриаксон ®.

Примечание: S-чувствительный, I-умеренно резистентный, R резистентный.



Вопросы:

1. Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является?
2. Какое лечение показано больному?
3. Назовите возбудителя этого заболевания. Какие факторы риска есть у данного пациента?

5. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРУ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Подготовка к государственной итоговой аттестации должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация выпускника по специальности 31.08.32 Дерматовенерология включает государственный экзамен, который проводится поэтапно:

- Практическая подготовка (I этап);
- Аттестационное тестирование (II этап);
- Собеседование (III этап).

Критерии оценки практической подготовки выпускника (I этап)

Результаты практической подготовки оцениваются следующим образом:

71% и более выполненных действий по каждому из предложенных заданий – «зачтено»;

менее 71% выполненных действий хотя бы по одному из предложенных заданий – «не зачтено».

Критерии оценки результатов аттестационного тестирования обучающихся (II этап):

Результаты тестирования оцениваются следующим образом:

70% и более правильных ответов – «зачтено»;

менее 70% правильных ответов – «не зачтено».

Критерии оценки устного ответа на собеседовании (III этап)

Результаты этапа оцениваются по пятибалльной шкале и определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»:

– оценки «отлично» заслуживает выпускник, показавший всестороннее, глубокое знание учебного программного материала; умение свободно выполнять задания; усвоивший основную литературу, рекомендованную программой; знающий нормативные документы; проявивший творческие способности и умение комплексно подходить к решению проблемной ситуации, способности анализировать ситуацию, делать выводы. Выпускник демонстрирует уверенные навыки в решении ситуационных задач, демонстрирует профессиональные умения в полном объеме. Отмечается всестороннее систематическое и глубокое знание материала, умение свободно выполнять задания, содержащиеся в оценочных материалах, выявлены творческие способности в понимании, изложении и использовании учебного материала.

– оценки «хорошо» заслуживает выпускник, показавший полное знание учебного программного материала, успешно выполнивший задания, усвоивший основную литературу, знающий нормативные документы; способный анализировать ситуацию, демонстрирующий профессиональные навыки и умения в решении ситуационных задач. Отмечается полное знание материала, выявляется способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности. Даны полные, развернутые ответы на поставленные вопросы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью экзаменатора.

– оценки «удовлетворительно» заслуживает выпускник, показавший знание основного программного материала в объеме, необходимом для предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, содержащихся в оценочных материалах. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется экзаменуемым, допустившим погрешности в ответах на вопросы, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения.

Выпускник демонстрирует недостаточную способность анализировать ситуацию, не в полной мере демонстрирует навыки решения ситуационных задач. Дает полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показывает умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1–2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.

– оценка «неудовлетворительно» выставляется выпускнику, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится экзаменуемым, которые не могут самостоятельно выполнить поставленные задачи.