

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет имени
первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной деятельности

« 02 » _____

Номер внутриуниверситетской регистрации



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа ординатуры

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.32

(специальность)

РАССМОТРЕНА И ОДОБРЕНА
на заседании кафедры (03.09.2025 г.)

Зав. кафедрой (Балтабаев М.К.)

« 03 . » сентября 2025 г.

Бишкек 2025

Программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки

Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1101 и Постановлением Правительства КР №303 от 31.07.2007 г.

Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена

Программу составили:

Балтабаев Мир-Али Курбан-Алиевич, д.м.н., профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии и фтизиатрии, Садыкова Дано Авасхановна, к.м.н., доцент

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
1.1. Цель государственной итоговой аттестации	5
1.2. Порядок проведения государственной итоговой аттестации	6
1.2. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации	8
2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ	12
2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию	12
2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию	22
2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию	37
3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	57

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация выпускника высшего учебного заведения является обязательной и осуществляется после освоения образовательной программы в полном объеме.

Результаты освоения ООП определяются приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностью применять знания, умения и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация проверяет сформированность следующих универсальных и профессиональных компетенций:

Универсальные

(УК-1) - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

(УК-2) - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

(УК-3) - готовностью 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.

Профессиональные

Профилактическая деятельность:

(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, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

(ПК-2) - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

(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;

(ПК-4) - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;

Диагностическая деятельность:

(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;

Лечебная деятельность:

(ПК-6) - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании оториноларингологической медицинской помощи;

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

Реабилитационная деятельность:

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

Психолого-педагогическая деятельность:

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

Организационно-управленческая деятельность:

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

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

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

При разработке программы ординатуры все универсальные и профессиональные компетенции включаются в набор требуемых результатов освоения программы ординатуры.

1.1. Цель государственного экзамена

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.32 дерматовенерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1101

1.2. Порядок проведения государственного экзамена

Сроки проведения государственного экзамена в соответствии с графиком учебного процесса – июнь текущего учебного года, как правило, 42-43 недели учебного года.

К экзамену допускаются лица, завершившие полный курс обучения и успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом.

Прием государственного экзамена по специальности осуществляет государственная экзаменационная комиссия. Персональный состав государственной экзаменационной комиссии утверждается ректором.

Программа государственного экзамена доводится до сведения ординаторов не позднее, чем за месяц до предполагаемой даты экзамена.

Во время государственной итоговой аттестации обучающимся запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Государственная итоговая аттестация проводится в три этапа:

1. Тестирование
2. Оценка практических умений и навыков
3. Собеседование

Тестирование проводится в форме бланчного тестирования. Предлагается 1 вариант тестов из 100 вопросов по основным разделам изученных дисциплин. Время на подготовку ответов составляет не менее два часа.

Сформированность практических умений и навыков проверяется в форме клинического разбора больного в Республиканском Центре дерматовенерологии при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики, в отделениях дерматологии и амбулаторно-диагностическом отделении (АДО).

Клинический разбор больного проводится по плану обследования дерматовенерологического больного по следующей схеме:

1. Сбор жалоб и анамнестических данных.
2. Осмотр кожных покровов и слизистых оболочек.
3. Пальпация периферических лимфатических узлов (зачелюстных, подчелюстных, шейных и околоушных, аксиллярных, паховых).
4. определить цвет кожи и видимых слизистых оболочек, эластичность и растяжимость здоровой кожи, тургор мышц и подкожной жировой клетчатки, состояние сальных и потовых желез, ногтей и волос, характер пигментации, наличие рубцов, невоидных образований.
5. исследование тактильной, болевой и температурной чувствительности кожи. Поражение кожи и слизистых оболочек (statuslocalis) рекомендуется описывать последовательно, придерживаясь определенной схемы, которая упрощает этот довольно сложный раздел. Вначале целесообразно указать, имеют ли высыпания воспалительный или невоспалительный характер. Затем

отмечают, к какой группе воспаления можно отнести имеющиеся высыпания: к островоспалительным (с преобладанием экссудативного компонента воспаления) или неостровоспалительным (с преобладанием пролиферативного компонента воспаления).

6. Указывают локализацию высыпаний с описанием преимущественного расположения элементов. При многих дерматозах существует излюбленная локализация. Далее фиксируют внимание на симметричности и распространенности поражения, которое может быть ограниченным, диссеминированным, генерализованным, универсальным.

7. Указывают характер сыпи – монотипная или полиморфная. Затем описывают особенности первичных и вторичных морфологических элементов. Границы элементов могут быть четкими и нечеткими. Формы бывают плоские, конусовидные, полушаровидные, с пупкообразным вдавлением. По очертаниям элементы бывают округлыми, овальными, полигональными, полициклическими, мелко– или крупнофестончатыми. По консистенции элементы могут быть деревянисто-плотными, плотно-эластическими, мягкими, тестоватыми. Поверхность элементов бывает гладкой, эрозированной, покрытой чешуйками или вегетациями.

8. Определяют взаимоотношение элементов: изолированы друг от друга, сливные, систематизированы, сгруппированы. Если сыпь напоминает круги, полукруги, овалы, дуги, то говорят о правильной группировке сыпи. О неправильно сгруппированной сыпи говорят в том случае, если она располагается на определенном участке, но не образует какую-либо геометрическую фигуру. Систематизированной называют сыпь, располагающуюся по ходу нервных стволов (при опоясывающем лишае), кровеносных сосудов, соответственно распределению дерматомеров. При беспорядочном расположении сыпи отсутствует какая-либо закономерность в размещении морфологических элементов. Для полостных элементов описывают их содержимое и покрывку (вялая, напряженная). При ряде дерматозов большое значение имеют специальные дерматологические методы (приемы) обследования, проводимые непосредственно при первичном осмотре больного.

9. Использование дополнительных методов обследования (пальпация, диаскопия, поскабливание высыпаний и др.), должен подробнее собрать анамнез и уточнить жалобы больного.

10. В необходимых случаях (иногда с помощью соответствующих специалистов) обследовать внутренние органы и нервную систему, провести исследование морфологического состава крови, мочи, другие общие анализы и специальные дерматовенерологические исследования (патогистологическое исследование биопсийного материала, исследование на грибы, бледную трепонему, гонококк, туберкулезную микобактерию, палочку лепры, акантолитические клетки, серологические реакции крови, иммуноаллергологическое обследование и др.) с целью постановки

ончательного диагноза заболевания, уточнения его этиологии и патогенеза.

1.4.Собеседование проводится в устной форме по билетам, включающим три теоретических вопроса и практическое задание в виде ситуационной задачи. Время на подготовку ответа по билету составляет не менее 40 мин. При подготовке ответов на вопросы билета, ординатор может использовать Программу государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.32. Дерматовенерология.

Во время подготовки ответов обучающиеся делают необходимые записи на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом медицинского факультета.

Для ответа на вопросы билета каждому ординатору предоставляется время для выступления продолжительностью не более 20 мин. После выступления члены государственной экзаменационной комиссии могут задать обучающемуся дополнительные вопросы в рамках тематики вопросов в билете. Если обучающийся затрудняется при ответе на дополнительные вопросы, члены комиссии могут задать вопросы в рамках содержания программы государственного экзамена. По решению председателя государственной экзаменационной комиссии обучающегося могут попросить ответить на другие вопросы, входящие в программу государственного экзамена.

1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения ООП ординатуры по специальности 31.08.32. Дерматовенерология проводится в три этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку врача -дерматовенеролога в соответствии с формируемыми компетенциями:

1 Этап - Тестирование.

Оцениваются ответы на 100 тестовых вопросов.

За каждый правильно ответ – 1 балл

Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.

Результаты считаются положительными при правильном решении более 70 вопросов.

2 Этап - Оценка практических умений и навыков.

Практические навыки оцениваются по умению ординатора собрать жалобы, анамнез, провести комплексное физикальное обследование больного. Ординатор выставляет предварительный диагноз, составляет план лабораторного обследования, назначает лечение. Кроме этого, ординатору предлагается оценить данные лабораторного и инструментального обследования (общие анализы крови, биохимическое исследование крови, результаты рентгенологического и других лучевых методов исследования, результаты бактериологического исследования).

Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено". Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно.

Критерии оценки:

Отлично - ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.

Отметкой **отлично** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Профессионально ставит постановку проблемы и самостоятельно оценивает альтернативные решения проблемы;
- Отлично выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые лечебные мероприятия;
- Очень хорошо проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Организует необходимую и адекватную дерматовенерологическую помощь;
- Быстро и профессионально оказывает неотложную дерматовенерологическую помощь.
- Глубоко и профессионально оценивает состояние больного и уметь привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует полное понимание проблемы. Отлично владеет методикой комплексного обследования дерматовенерологических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных дерматовенерологических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе дерматовенерологической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Хорошо - ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Отметкой **хорошо** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Умеет ставить постановку проблемы и оценивать ее альтернативные решения
- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции.
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Не совсем правильно организует необходимую и адекватную дерматовенерологическую помощь;
- Не вполне профессионально оказывает неотложную дерматовенерологическую помощь.

- Достаточно хорошо оценивает состояние больного и уметь привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует полное понимание проблемы. Хорошо владеет методикой комплексного обследования дерматовенерологических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных дерматовенерологических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе дерматовенерологической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Удовлетворительно - обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Отметкой **удовлетворительно** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Не ставит постановку проблемы и не оценивает ее альтернативные решения

- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические и лечебные манипуляции.

- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;

- Не совсем правильно организовывает необходимую и адекватную дерматовенерологическую помощь;

- Медленно и не вполне профессионально оказывает неотложную дерматовенерологическую помощь.

- Не достаточно хорошо оценивает состояние больного и уметь привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методикой комплексного обследования дерматовенерологических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных дерматовенерологических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе дерматовенерологической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Неудовлетворительно - обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием. Ординатор демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить поставленную задачу.

При оценке **неудовлетворительно** - практические навыки не

зачитываются.

3 Этап - Собеседование.

Проводится по теоретическим вопросам и ситуационным задачам. Оцениваются знания по основным разделам дерматовенерологии, уделяется внимание основным неотложным состояниям (купирование гипертонического криза, остановка кровотечения из различных источников, неотложная помощь при анафилактическом шоке, комах различной этиологии, и т.д.)

При оценке устных ответов учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

При решении ситуационных задач учитываются следующие критерии:

1. Правильность постановки диагноза
2. Правильность выбора алгоритма действий
3. Правильность выбора дополнительных методов диагностики
4. Правильность назначения тактики лечения

Отметкой **отлично** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных и опухолевых процессов;
- Функциональное и социальное значение кожи и слизистых оболочек для человека.
- Клиническую анатомию и физиологию кожи и слизистых оболочек;
- Методики исследования состояния и функций кожи и слизистых оболочек;
- Симптоматологию кожных и венерических больных;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Ординатор продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой **хорошо** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных и опухолевых процессов кожи и слизистых оболочек;

- Функциональное и социальное значение кожи и слизистых оболочек для человека.
- Клиническую анатомию и физиологию кожи и слизистых оболочек;
- Методики исследования состояния и функций кожи и слизистых оболочек;
- Симптоматологию кожных и венерических болезней;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Ординатор демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.

Отметкой **удовлетворительно** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных и опухолевых процессов кожи и слизистых оболочек;
- Функциональное и социальное значение кожи и слизистых оболочек для человека.
- Клиническую анатомию и физиологию кожи и слизистых оболочек;
- Методики исследования состояния и функций кожи и слизистых оболочек;
- Симптоматологию кожи и венерических болезней;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой **неудовлетворительно** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по квалификационному экзамену по специальности «Дерматовенерология».

В зависимости от результатов квалификационного экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение «Присвоить звание (квалификацию) специалиста «врач-дерматовенеролог» или «Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста «врач-дерматовенеролог». Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию

1. Кожа как часть иммунной системы.
2. Кандидоз слизистой полости рта: причины возникновения, диагностика, лечение.
3. Простой контактный дерматит: причины возникновения, клиническая характеристика.
4. Критерии диагностики первичного сифилиса (с описанием клиники твердого шанкра).
5. Кровоснабжение кожи.
6. Общая характеристика стафилококковых пиодермий.
7. Гидраденит: этиология, клиника, лечение в разные стадии развития.
8. Особенности строения кожи у детей.
9. Рубромикоз стоп, кистей, ногтей: этиология, клиника, лабораторная диагностика.
10. Дайте понятие спонгиоза, вакуольной дегенерации, гиперкератоза. Какие изменения на коже возникают при этом, при каких заболеваниях встречаются?
11. Стрептококковое импетиго: клиника, лечение.
12. Токсикодермия: понятие, клинические проявления в зависимости от тяжести.
13. Строение дермы.
14. Чесотка: этиология, осложнение, диагностика.
15. Присыпки, примочки, взбалтываемые взвеси: их состав, показание к назначению, выписать рецепты.
16. Лечение микроспории гладкой кожи. Противоэпидемические мероприятия.
17. Дайте понятие акантоза, акантолиза, паракератоза. Какие изменения на коже возникают при этом, при каких заболеваниях встречаются?
18. Микроспория гладкой кожи: этиология, клиника, диагностика, лечение.
19. Терморегуляционная функция кожи
20. Отрубевидный лишай: клиника, диагностика, лечение.
21. Секреторная и экскреторная функции кожи.
22. Сквамозная, интритригинозная эпидермофития: этиология, диагностика, лечение.
23. Пятна: клинико-морфологическая характеристика.
24. Распространенная стрептодермия: этиология, клиника, лечение.
25. Лечение истинной экземы в период обострения.
26. Микроспория волосистой части головы: этиология, клиника, диагностика.
27. Микробная экзема: этиология, патогенез, клиника.
28. Поражение нервной и костной системы при раннем врожденном сифилисе.
29. Клинико-морфологическая характеристика пузырьков, гнойничков.
30. Клинико-морфологическая характеристика пузыря, волдыря.
31. Строение эпидермиса: функционально-гистологическая характеристика слоев.
32. Лечение межпальцевой и буллезной эпидермофитии стоп.
33. Патогенез атопического дерматита.
34. Клинические проявления себорейного дерматита, пиодермий при СПИДе.

35. Буллёзная эпидермофития стоп: этиология, клиника, лечение.
36. Лечение рубромикоза стоп, кистей, ногтей.
37. Патогенез алергодерматозов.
38. Фурункул верхней половины лица: этиология, клиника, осложнения, лечение.
39. Понятие ложного и истинного полиморфизма, лихенизации. Для каких заболеваний они характерны? Какие проявления на коже вызывают?
40. Фурункулёз: причины развития, лечение.
41. Дифференциальная диагностика простого и аллергического контактного дерматита.
42. Понятие ложного и истинного полиморфизма, лихенизации. Для каких заболеваний они характерны? Какие проявления на коже вызывают?
43. Терморегуляционная функция кожи
44. Общая характеристика стрептококковых пиодермий. Стрептококковое импетиго: клиника, лечение.
45. Печесуха взрослых Гебры: Патогенез, клиника, лечение.
46. Секреторная и экскреторная функции кожи.
47. Кандидоз крупных складок: этиология, клиника, диагностика, лечение.
48. Хронический гранулематозный кандидоз, клиника, диагностика и лечение.
49. Клинические проявления диффузного нейродермита.
50. Пятна: клиничко-морфологическая характеристика.
51. Кандидоз ногтевых валиков, ногтей: этиология, клиника, диагностика, лечение.
52. Пасты. Мази: их состав, механизм действия, выписать рецепты.
53. Клиника, диагностика, лечение чесотки, противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции.
54. Синдром Лайелла: этапность появления симптомов, лечение.
55. Дайте понятие спонгиоза, вакуольной дегенерации, акантолиза. Какие изменения на коже возникают при этом?
56. Критерии диагностики микроспории (с описанием клиники).
57. Антибактериальная терапия в дерматовенерологии.
58. Клиника и рентгенологические изменения псориатического артрита, особенности лечения.
59. Рубромикоз ногтевых пластинок: клиника, диагностика, лечение.
60. Опоясывающий герпес: этиология, клиника, лечение. Синдром Ханта. Синдром Бернара-Хорнера. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение
61. Особенности строения и физиологии кожи детей. Понятие ложного и истинного полиморфизма, лихенизации. Для каких заболеваний они характерны?
62. Клиничко-морфологическая характеристика бугорка, узла.
63. Дайте понятия ложного и истинного полиморфизма, лихенизации.
64. Простой герпес: этиология, клиника, диагностика, лечение.

65. Клинико-морфологическая характеристика пузыря, волдыря. При каких заболеваниях встречается
66. Лечение микроспории волосистой части головы.
67. Кровоснабжение кожи.
68. Антибактериальная функция кожи.
69. Вульгарные бородавки, остроконечные кондиломы: этиология, клиника, лечение.
70. Защита кожи от УФО. Дайте понятие акантоза, акантолиза. Какие изменения на коже они вызывают?
71. Отрубевидный лишай: этиология, клиника, диагностика,
72. Отек Квинке: этиология, клиника, лечение.
73. Рубец, рубцовая атрофия. Итогом каких патологических процессов являются?
74. Хронический гранулематозный кандидоз: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
75. Клиника, диагностика псориаза в прогрессирующую стадию.
76. Кожа как часть иммунной системы.
77. Буллезная эпидермофития: этиология, клиника, лечение.
78. Особенности строения детской кожи.
79. Паховая эпидермофития: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
80. Красный плоский лишай. Этиология, клинические формы, дифференциальная диагностика с псориазом, лечение.
81. Терморегуляционная и выделительная функции кожи.
82. Трихофития: классификация, клиника инфильтративно-нагноительной трихофитии, диагностика, лечение.
83. Дать понятие первичных и вторичных морфологических элементов, перечислить первичные и вторичные морфологические элементы. Волдырь, морфологическая характеристика, при каких заболеваниях встречается.
84. Классификация пиодермий. Отличия стрепто- и стафилодермий. Сикоз, причины возникновения, клиника, лечение.
85. Дать понятие паракератоза, гиперкератоза. Какие изменения на коже возникают при этом? При каких заболеваниях встречаются?
86. Специфическая и неспецифическая иммунотерапия при пиодермиях. Показания к назначению.
87. Истинная экзема: этиология, клиника, лечение.
88. Клинико-морфологическая характеристика папул.
89. Лаймская болезнь. Этиология и патогенез. Классификация. Поражение кожи при лаймской болезни. Лимфоцитомы. Хронический атрофический акродерматит. Клиника. Диагностика и лечение.
90. Эризмеллоид. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.
91. Кожный зуд. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

- 92.Почесуха узловатая Гайда. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика.
- 93.Крапивница. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.
- 94.Парапсориаз Брока. Этиология и патогенез. Клинические формы. Гистопатология. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.
- 95.Лишай блестящий. Клиническая картина. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение.
- 96.Красный отрубевидный волосяной лишай Девержи. Этиология и патогенез. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение.
- 97.Особенности строения и физиологии кожи детей. Понятие ложного и истинного полиморфизма, лихенизации. Для каких заболеваний они характерны?
- 98.Розовый лишай Жибера: этиология, клиника, лечение.
- 99.Лепра. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Реактивные фазы лепры. Диагноз. Дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.
- 100.Лейшманиоз кожный. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника зоонозного лейшманиоза. Лейшманиоз кожный антропонозный. Межтипные клинические формы лейшманиоза. Иммуитет при лейшманиозе. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.
- 101.Туберкулез кожи. Этиология и патогенез. Вопросы классификации. Локализованные формы кожного туберкулеза. Диссеминированные формы туберкулеза кожи. Лечение. Профилактика и организация диспансерной помощи.
102. Определение медицинской деонтологии.
- 103.Организация работы поликлиники.
- 104.Организация работы стационара.
- 105.Диспансеризация населения как основа оказания дерматовенерологической помощи.
- 106.Медицинская документация, используемая для регистрации и учета больных в КВД.
- 107.Основные формы отчета кожно-венерологических учреждений.
- 108.Контингенты населения, подлежащие обязательному профилактическому обследованию на венерические болезни.
- 109.Роль санитарного просвещения в борьбе с венерическими болезнями.
- 110.Роль КВД в организации оказания дерматовенерологической помощи населению.
- 111.История развития дерматологии. Английская, французская и немецкая школы дерматологии и ее представители.
- 112.Российская школа дерматологии. Основные этапы развития дерматологии в России. Советский период развития дерматовенерологической науки.

Достижения российских ученых в изучении патогенеза и лечения кожных болезней и ИППП.

113. Становление дерматовенерологической службы в Кыргызстане.

114. Основные показатели состояния здоровья населения подерматовенерологическому профилю.

115. Уход за кожей. Гигиенический уход за жирной, сухой, нормальной и комбинированной кожей лица. Профилактика возрастных изменений кожи. Уход за кожей новорожденных детей.

116. Физиотерапевтические методы лечения в дерматологии.

117. Общие показания к курортной терапии больных дерматозами. Противопоказания к курортной терапии, обусловленные дерматозами. Оценка эффективности курортной терапии.

118. Общие принципы диетотерапии в дерматологии. Гипосенсибилизирующая диета в терапии дерматозов. Диета при острых и хронических дерматозах.

119. Фитотерапия дерматозов. Показания и противопоказания фитотерапии кожных заболеваний.

120. Инструментальные методы диагностики в дерматологии. Трихограмма. Фототрихограмма. Дерматоскопия. Люминисцентная диагностика. Уретроскопия. Биопсия кожи.

121. Патогенез заболеваний соединительной ткани аутоиммунного генеза.

122. Этиология, патогенез, лечение фурункулёза.

123. Вульгарная пузырчатка: клиника, диагностика, лечение.

124. Этапы формирования LE-клеток, лечение дискоидной красной волчанки.

125. Диссеминированная красная волчанка: клиника, диагностика.

126. Герпетиформный дерматит Дюринга: клиника, диагностика, лечение.

127. Геморрагический васкулит: перечислите клинические формы. Клиника кожно-суставной формы, диагностика, лечение.

128. Клинические проявления дерматомиозита, лабораторная диагностика, лечение.

129. Дерматомиозит. Этиология, клинические проявления, диагностика, лечение. Синдром Шарпа.

130. Дифференциальная диагностика вульгарной пузырчатки и дерматита Дюринга.

131. Дифференциальная диагностика пузырчатки и пемфигоида Левера.

132. Очаговая склеродермия: стадии течения (морфологические изменения), клинические проявления по стадиям, лечение.

133. Дискоидная красная волчанка: факторы, способствующие возникновению заболевания, клиника, лечение.

134. Узловатая эритема: этиология, клиника, лечение.

135. Буллезный пемфигоид Левера. Этиология и патогенез. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение.

136. Пемфигоид рубцующий. Этиология и патогенез. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.

137.Хроническая доброкачественная семейная пузырьчатка Гужеро-Хейли-Хейли. Этиология и патогенез. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение. Неакантолитическая доброкачественная пузырьчатка полости рта. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение. Транзиторный акантолитический дерматоз Гровера. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение.

138.Герпес беременных. Этиология и патогенез. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение. Герпетиформное импетиго Гебры. Этиология и патогенез. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение.

139.Склередема Бушке. Этиология и патогенез. Клиника. Гистопатология. Лабораторная диагностика. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение.

140.Эозинофильный фасциит Шульмана. Этиология и патогенез. Клиника. Гистопатология. Лабораторная диагностика. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение.

141.Амилоидоз кожи. Этиология и патогенез. Клиника. Гистопатология. Лабораторная диагностика. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение.

142.Гипермеланозы. Болезнь Аддисона. Мелазма (хлоазма). Бронзовый меланоз. Дерматоз пигментный околоротовыйБрока. Пигментация лба линейная. Печеночные пятна. Меланоз Рилия. Меланодермия Гоффмана-Габермана.

143.Гипомеланозы. Витилиго. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагноз и дифференциальная диагностика. Принципы терапии.

144.Физиологические изменения кожи периода новорожденности. Физиологическая желтуха. Сальный ихтиоз. Пластинчатое шелушение кожи. Сальные кисты. Телеангиэктазии. Преходящие отеки. Клиника. Лечебные мероприятия. 145.Лимфангиэктатический отек новорожденных. Патогенез. Клиника. Лечение. Токсическая эритема новорожденных. Патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение.

146.Омфалит. Этиология и патогенез. Клинические разновидности. Лечение и профилактика.

147.Ограниченные дефекты кожи и подкожной клетчатки. Этиология и патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение. Очаговый некроз подкожной жировой клетчатки (адипонекроз). Этиология и патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение.

148.Склерема и склередема. Этиология и патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение. Опрелости. Этиология и патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение.

149.Буллезный эпидермолиз. Клиническая классификация и формы. Клиника. Диагностика. Основы восстановительного лечения.

150. Вульгарные угри: клинические формы, принципы лечения.
151. Базалиома: клиника, диагностика, лечение.
152. Клиника, диагностика, лечение гонорейного уретрита
153. Спиноцеллюлярная эпителиома: клиника, диагностика, лечение.
154. Многоформная экссудативная эритема: этиология, клиника, лечение.
155. Меланома кожи: клиника, диагностика, лечение.
156. Болезни волос. Общие сведения. Алопеции приобретенные. Этиология и патогенез. Клинические формы (алопеции: гнездная, универсальная, обнажающая, стригущая, андрогенетическая, преждевременная, рубцовая, рентгеновская, псевдопелада, себорейная). Триходерматоскопия. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.
157. Себорейные дерматозы. Болезни сальных желез. Себорейный дерматит. Этиология и патогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение.
158. Угревая болезнь. Этиология и патогенез. Классификации по G.Plewig и A.Kligman (1991), С.Н.Сook и соавт. (1979) В.S.Allen и J.G. Smith (1982). Клиника. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение.
159. Болезни потовых желез. Этиология и патогенез. Клинические формы (гипергидроз, бромгидроз, хромгидроз, гематогидроз, уридроз, гипогидроз, потница, зернистость носа красная). Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение.
160. Розацеа. Определение. Этиология и патогенез. Классификации (русская и европейская). Клиника и клинические формы. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.
161. Т-клеточные лимфомы кожи. Грибовидный микоз. Исторические сведения. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация по TNM. Стадии грибовидного микоза. Клиника. Гистопатология. Лабораторные данные. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение. Синдром Сезари. Клиника. Лабораторные данные. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение. Ангиоцентрическая лимфома. Этиология и патогенез. Клиника. Лабораторные данные. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение.
162. Т-клеточный лейкоз - лимфома взрослых. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.
163. В-клеточные лимфомы. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Гистопатология. Лабораторные данные. Лечение.
164. Гистиоцитозы. Классификация. Генерализованная эруптивная гистиоцитоза. Клиника. Гистопатология. Диффузный кожный ретикулогистиоцитоз. Клиника. Гистопатология. Истинный ретикулогистиоцитоз (болезнь Абта-Леттерера-Сиве). Этиология и патогенез. Клиника. Гистопатология. Лабораторные данные. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение. Болезнь Хенда-Шюллера-Крисчена. Клиника. Гистопатология. Лабораторные данные. Диагноз и

дифференциальная диагностика. Лечение. Эозинофильная гранулема. Этиология и патогенез. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение. Диссеминированный доброкачественный цефальный гистиоцитоз детей. Клиника. Диагностика. Лечение. Первичный гиперхолестеринемический ксантоматоз. Клиника. Гистопатология. Диагностика. Лечение. Ретикулогистиоцитоз-липидоз (болезнь Гоше, болезнь Ниманна-Пика, болезнь Мак-Донага).

Этиология и патогенез. Клиника. Лабораторные данные. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение. Болезнь Розай-Дорфмана. Клиника. Гистопатология.

165. Паранеоплазии. Определение. Общие сведения. Современные представления о механизмах возникновения кожных паранеопластических синдромов. Лабораторная диагностика. Классификация. Наследственные синдромы (Кауденовская болезнь, синдром Пейтц-Егерса-Турена, синдром Торре, Синдром Гарднера, нейрофиброматоз). Паранеопластические дерматозы (облигатные и факультативные, вероятные). Клиника. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение. Ферментативный панникулит. Глюкагонома. Клиника. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение.

166. Классификация новообразований кожи. Пороки развития кожи. Папилломатозный порок развития. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение. Невускомедоновый. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение. Кисты (эпидермальная, волосяная) Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение.

167. Внутриэпидермальный рак. Болезнь Боуэна. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение. Эритроплазия Кейра. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение. Болезнь Педжета. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение.

168. Злокачественные опухоли кожи. Меланома злокачественная. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение. Рак базально-клеточный. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение. Синдром невоидной базально-клеточной эпителиомы. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение. Плоскоклеточный рак. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Лечение.

169. Генодерматозы. Наследственные дисхромии и дистрофии кожи.

170. Наследственные болезни ороговения. Ихтиоз. Вульгарный ихтиоз. Этиология и патогенез. Наследование. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Прогноз и лечение. X-сцепленный ихтиоз. Этиология и патогенез. Наследование. Клиника. Гистопатология. Диагноз и дифференциальная диагностика. Прогноз и лечение.

171. Ладонно-подошвенные кератодермии. Этиология и патогенез. Клиника. Кератодермия Унны-Тоста. Синдром Фовинкеля. Болезнь острова Миледа. Синдром Папийона-Лефевра. Синдром Фишера. Синдром Бека. Синдром Хоуэла-Эванса. Синдром Олмстеда. Синдром Буре-Барьер-Томаса. Синдром Шпанланга-Таппейнера.
172. Саркоидоз. Этиология и патогенез. Клиника. Клинические формы. Гистопатология. Диагноз и дифференциальный дифференциальная диагностика. Лечение.
173. Мастоцитоз. Этиология и патогенез. Клиника. Клинические формы. Гистопатология. Диагноз и дифференциальный дифференциальная диагностика. Лечение.
174. Сахарный диабет. Липоидный некробиоз. Этиология и патогенез. Клиника. Клинические формы. Гистопатология. Диагноз и дифференциальный дифференциальная диагностика. Лечение.
175. Акромегалия. Этиология и патогенез. Клиника. Клинические формы. Гистопатология. Диагноз и дифференциальный дифференциальная диагностика. Лечение.
176. Синдром Иценко-Кушинга. Этиология и патогенез. Клиника. Клинические формы. Гистопатология. Диагноз и дифференциальный дифференциальная диагностика. Лечение. Юношеский базофилизм. Этиология и патогенез. Клиника. Клинические формы. Гистопатология. Диагноз и дифференциальный дифференциальная диагностика. Лечение.
177. Болезнь Аддисона. Этиология и патогенез. Клиника. Клинические формы. Гистопатология. Диагноз и дифференциальный дифференциальная диагностика. Лечение.
178. Поражения щитовидной и парашитовидных желез. Этиология. патогенез. Клинические формы. Дифференциальная диагностика и лечение.
179. Поражения половых желез. Климактерическая кератодермия Хаксхаузена. Этиология и патогенез. Клиника. Клинические формы. Гистопатология. Диагноз и дифференциальный дифференциальная диагностика. Лечение.
180. Поражение нервной и костной системы при раннем врожденном сифилисе.
181. Гонорейный простатит: клинические формы, основные симптомы, диагностика, лечение. 182. Поражение нервной системы при вторичном сифилисе.
183. Поражение внутренних органов, сердечно-сосудистой системы при позднем приобретенном сифилисе (поздний скрытый, третичный сифилис).
184. Трихомонадный уретрит: этиология, клиника, диагностика, лечение.
185. Сифилитическая алопеция: клинические разновидности, дифференциальная диагностика.
186. Строение ВИЧ, жизненный цикл ВИЧ в клетке человека.
187. Поздний врожденный сифилис: достоверные (описать проявления) и вероятные признаки. Критерии постановки диагноза врожденного сифилиса.

188. Клиника и дифференциальная диагностика сифилитической розеолы и сифилитической ангины.
189. Поражение костной системы при раннем врождённом сифилисе.
190. Сифилитическая пузырчатка: клиника, лабораторные методы диагностики, дифференциальная диагностика.
191. Вирусные заболевания при СПИДе.
192. Понятие профилактического и превентивного лечения сифилиса. Показания к их назначению.
193. Механизмы развития иммунной супрессии при ВИЧ-инфекции
194. Скрытый сифилис: понятие, классификация, критерии диагностики
195. Клиника пятнистого и папулезного сифилида кожи и слизистых.
196. Особенности кандидозной и пиогенной инфекции при СПИДе.
197. Сифилитическая ангина. Дифференциальная диагностика, диагностика.
198. Дифференциальная диагностика папулезного сифилида и широких кондилом.
199. Дифференциальная диагностика широких кондилом.
200. Атипичные формы твердого шанкра. Дифференциальная диагностика.
201. Сущность серологических реакций при сифилисе: RW, ИФА, РИБТ, РПГА, реакция иммуноблотинга, ПЦР.
202. Общее течение сифилиса. Иммунитет и аллергия.
203. Дифференциальная диагностика папулёзного сифилида.
204. Болезнь Рейтера: этиология, клиника, лабораторная диагностика, дифференциальная диагностика с другими поражениями суставов, лечение.
205. Хламидийный уретрит: этиология, клиника, диагностика, лечение. Донованоз. Этиология. Патогенез. Клиника, лечение.
206. Лечение гонорейного уретрита.
207. Саркома Капоши у больных СПИДом.
208. Клиника, принципы лечения восходящей гонореи и гонореи нижних отделов мпс.
209. Клиника, осложнения твердого шанкра.
210. Поражение внутренних органов при первичном и вторичном сифилисе.
211. Патогенез гонорейного уретрита.
212. Тропические трепонематозы. Фрамбезия. Беджель. Пинта. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Лечение.
213. Урогенитальный кандидоз. Клиника. Диагностика. Лечение.
214. Дифференциальная диагностика твёрдого шанкра.
215. Противогрибковые препараты в дерматовенгерологии.
216. Современные противовирусные препараты в дерматовенерологии.

2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию

Задача № 1.

Больной Ж. 34 года, поступил в КВД 26.10. с жалобами на наличие болезненной язвы на половом члене и болезненного уплотнения в правой паховой области, затрудняющую ходьбу. Заболел 7.10., когда на половом члене появилась язва величиной со спичечную головку и болезненные лимфоузлы с вишню в правой паховой области. Через неделю узлы спаялись в болезненные конгломераты, препятствующие ходьбе, через неделю больной обратился к врачу и был направлен в стационар.

Из анамнеза: женат, 31.09 во время отпуска имел половой контакт со случайной партнершей.

Из перенесенных заболеваний отмечает в детстве частые ангины, воспаление легких, фурункулез, тонзиллит. Страдает алкоголизмом.

При осмотре: правильного телосложения, повышенного питания, в области внутреннего листка крайней плоти справа имеется язвочка бледно-красного цвета, размером 0,3х0,3 см овальной формы, плотно-эластической консистенции, безболезненная при пальпации. Справа паховые лимфатические узлы увеличены до размеров лесного ореха, спаяны в конгломерат, с явлениями периаденита и воспаления кожи. При пальпации конгломерат малоподвижен, плотноэластической консистенции, безболезненный. В отделяемом твердого шанкра при микроскопии найдена бледная трепонема, КСР отрицателен. РИФ 4+, РПГА 4+. Через 5 дней КСР стал слабоположительным.

Анализ крови: эр. 4,0 1012г/л, НВ 150 г/л, л 7,6 109/л, Э.6% п. 3%, с.43%, лимф 36 % , мон. 7%, СОЭ 15 мм/час.

Общий белок 67 г/л, белковые фракции: альбумин 40,1%, α_1 -глобулин 8,8%, α_2 -глобулины, 14%, γ -глобулины 22,8%, сахар крови - 4 ммоль/л, ПТИ 109%.

1. Диагноз и его обоснование?
2. В чем особенности клиники заболевания у данного больного?
3. Чем вы можете объяснить эти особенности?
4. Какое лечение следует назначить больному?

Задача № 2.

Женщина 36 лет обратилась к гинекологу в связи с наличием безболезненной припухлости правой половой губы, несколько затрудняющей движение. Больна около трех недель. По назначению врача-гинеколога принимала стрептоцид внутрь и УФО местно без улучшения. При повторном осмотре замечено увеличение паховых лимфатических узлов на стороне опухоли и назначены исследования

серологических реакций крови.

1. О каких заболеваниях следует думать?
2. Какие клинические проявления сходны с бартолинитом?
3. Какие симптомы не характерны для бартолинита?
4. Какая тактическая ошибка допущена гинекологом?
5. Как следовало поступить?
6. Какие результаты серологического исследования крови ожидаются в подобной ситуации?

Задача № 3.

На прием к врачу КВД обратился молодой человек с явлениями фимоза, развившимся неделю назад. Паховые лимфоузлы увеличены до размера мелкой сливы, плотноэластической консистенции, подвижные. Безболезненные, кожа над ними не изменена. Больной не женат. Имел случайную половую связь 1 месяц тому назад.

1. Каков наиболее вероятный диагноз?
2. Какие исследования необходимо назначить?

Задача № 4.

Больная Л., 27 лет, в мае появились высыпания на нижней губе, которые она в течение 2 недель смазывала раствором бриллиантового зеленого. В связи с отсутствием улучшения обратилась к стоматологу, который назначил левомецетиновую мазь, после применения которой высыпания на губах исчезли, но вскоре появились высыпания на туловище. Больная обратилась в КВД, где серологические исследования на сифилис оказались резко положительными с титром 1 : 120. При осмотре на нижней губе имеются две эрозии овальной формы, размером 1x1 см, покрытые кровянистыми корочками с плотным инфильтратом в основании. Подчелюстные лимфоузлы размером с фасоль, безболезненные, плотные на ощупь, не спаянные с окружающими тканями. На коже туловища обильная мелкопятнистая розеолезная сыпь. Остальные участки кожи и слизистых свободны от высыпаний, периферические лимфоузлы увеличены.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз твердого шанкра такой локализации?
3. Тактика врача в отношении тесных бытовых контактов?
4. Какие лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза?

Задача № 5.

Больной М, 17 лет, воспитанник детского дома. Половая связь со случайной знакомой 11.09. Считает себя больным с конца сентября, когда заметил на внутреннем

листке крайней плоти полового члена язвочку. Не лечился. В ноябре появился зуд в перианальной области, слабость, недомогание, стали выпадать волосы. Обратился к врачу с жалобами на мокнутие в межпальцевых складках стоп, болезненность, появление трещин и эрозий. Был установлен диагноз: интертригинозная форма микоза стоп. Назначены фунгицидные средства. Проводимое лечение не дало результатов и больной 23.12 был госпитализирован.

При поступлении: жалобы на общую слабость, вялость, боли в ногах, мокнутие в межпальцевых складках. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы бледные, тургор нормальный. На задней поверхности шеи имеются участки депигментации на гиперпигментированном фоне, отмечается диффузное поредение волос. Зев резко гиперемирован, на миндалинах, слизистой оболочке полости рта и губ папулезная сыпь опалового цвета, на наружном листке крайней плоти полового члена и коже множественные лентикулярные и эрозированные папулы медно-красного цвета. В перианальной области отмечены лентикулярные, нумулярные и гипертрофические папулы ветчинно-красного цвета. На коже ладоней и подошв - множественные папулезные элементы буровато-красного цвета, округлой формы, размером с чечевицу. На отдельных элементах отмечается периферическое шелушение по типу воротничка Биетта. В межпальцевых складках стоп обильное мокнутие, множественные эрозивные папулезные элементы с явлениями мацерации эпидермиса. Выраженный полиаденит: увеличены периферические лимфоузлы, подвижные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. КСР А1 4+, А2 4+, МР 4+, титр 1:80. РИБТ 90%, РИФ 4+. С эрозированных папул обнаружена бледная трепонема, с межпальцевых складок стоп обнаружены нити мицелия.

1. Ваш диагноз, обоснование?
2. Какое лечение следует назначить больному?
3. Консультация какого специалиста необходима?

Задача № 6.

Больной А., 24 лет, обратился в медпункт железнодорожного вокзала, где он работал, с жалобами на общее недомогание. При

осмотре выявлена обильная пятнистая сыпь на туловище, бедрах, гиперемия зева, повышение температуры тела до 37,7^о. С диагнозом кори больной был госпитализирован в инфекционную больницу, где в течение недели находился в одной палате с детьми и ухаживал за ними. После получения положительных результатов КСР консультирован дерматовенерологом.

При осмотре: на внутреннем листке крайней плоти имеется язва размером 1,5x1,5 см с четкими ровными границами, блюдцеобразной формы, с гладким «лакированным» дном, цвета испорченного сала. В основании язвы определяется инфильтрат плотноэластической консистенции, паховые лимфоузлы увеличены до размеров фасоли, плотноэластической консистенции, не спаяны друг с другом и окружающими тканями, безболезненные, кожа над ними не изменена. На туловище, коже плеч и бедер имеется овальная, округлая до 1 см в диаметре, не склонная к слиянию розеолезная сыпь. При надавливании пятна исчезают. Кожа лица, кистей и стоп свободна от высыпаний.

При осмотре полости рта: на дужках, мягком небе, языке и миндалинах слизистая отечна, застойно-красного цвета с четкими границами очага поражения. При глотании у больного ощущение неловкости. Ваш диагноз и его обоснование?

Какова должна быть тактика врача дерматовенеролога в отношении дальнейшего лечения больного?

Какие противоэпидемические мероприятия следует проводить в данном случае?

Причины диагностической ошибки, допущенной медработниками?

Какие могут быть результаты КСР у данного больного, предположительные сроки заражения?

Задача № 7.

Больная К. 27 лет. Выявлена как половой партнер больного, у которого диагностирован вторичный сифилис кожи и слизистых. При клинико-серологическом обследовании сифилис не установлен (КСР, РИФ, РПГА, ИФА, РИБТ отрицательны). В связи с тем, что с момента последнего контакта прошло более 4-х месяцев, согласно инструкции, оставлена под клинико-серологическим контролем. КСР неоднократно были отрицательны, но наблюдалась выраженная тенденция к нарастанию иммобилизации РИБТ (47-75%, затем 100%), а также увеличение позитивности РИФ (2+,3+,4+)

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение следует проводить больной?
3. Какие могли бы быть последствия, если бы серологический контроль проводился только при помощи КСР?

Задача № 8.

Больная М., 48 лет, в течение 4-х месяцев лечилась в участковой больнице по поводу язвенной пиодермии. В связи с безрезультатностью терапии направлена на консультацию к дерматологу. При осмотре в правой подчелюстной области имеется очаг слившихся, расположенных на небольшом расстоянии друг от друга бугорков, образующих обширную бляшку диаметром 5-10 см, резко ограниченную от видимо здоровой кожи и возвышающуюся над ней на 1-2 см. Бляшка плотной консистенции, темно-багрового цвета. В центре имеются изъязвившиеся бугорки.

1. Можно ли поставить диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Когда можно использовать пробное лечение при сифилисе?

Задача № 9.

Больной М., 35 лет, повар, поступил в клинику в апреле 2005 года с жалобами на высыпания на лобке и спинке тела полового члена, не сопровождающиеся субъективными ощущениями.

Холост, ведет беспорядочную половую жизнь, гомосексуальные контакты отрицает. 3 года назад имел половую связь с малознакомой женщиной, через 4 недели после этого на половом члене возникла безболезненная язвочка. К врачам не обращался, не лечился. Язва зарубцевалась самопроизвольно, оставив рубец величиной с 1-копеечную монету.

Через 1,5 года после этого появились высыпания на лобке, которые распространились на тело полового члена. К врачам не обращался, не лечился. Продолжал работать поваром, часто менял место работы, избегал медицинских осмотров, однако при одном из них был направлен с предположительным диагнозом первичного сифилиса.

При осмотре в клинике на коже лобка обнаружен очаг поражения диаметром около 10 см. Центр очага представлен зоной рубцовой

атрофии, по периферии которой располагалась полоса изъязвления в виде подковы. Изъязвление имеет четкие границы, ровное дно и распространяется на тело полового члена с одной стороны и на кожу паховой складки с другой. По краю его проходит вал, состоящий из бугорков синюшно-розового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены.

КСР А1 4+, А 2 3+, МР 3+, титр 1: 5

От исследования спинномозговой жидкости больной отказался. Со стороны внутренних органов специфической патологии не выявлено.

1. Ваш диагноз?
2. Обоснование диагноза?
3. Какое лечение следует назначить больному?
4. Каковы сроки диспансерного наблюдения при таком диагнозе?

Задача № 10.

Больная М., 62 лет, доярка, обратилась к дерматовенерологу по поводу высыпаний на голени, которые появились после травмы (ушиб копытом коровы). Аналогичные высыпания возникали и раньше на предплечье. Они были болезненными и без лечения регрессировали на протяжении нескольких месяцев, оставляя после себя рубцы.

При поступлении высыпания локализовались на передней поверхности верхней трети левой голени области локтевого сустава. Очаг поражения на передней поверхности левой голени размером 7x10 см имел овальные очертания и был представлен близко расположенными друг к другу бугорковыми элементами разной стадии развития, синюшно-буроватого цвета, величиной от конопляного зерна до чечевицы, плотной консистенции, окружающими в виде кольца зону рубцово - измененной кожи.

На коже в области локтевого сустава сгруппированные бугорковые элементы красновато-буроватого цвета, размером с горошину, плотной, консистенции, расположенные изолированно, но довольно близко друг к другу. В области разгибательной поверхности левого предплечья - обширный мозаичный рубец. Субъективные ощущения отсутствовали. КСР А1 3+, А2 3 +, МР 2+.

От люмбальной пункции больная отказалась. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

1. Ваш диагноз?
2. Обоснование диагноза?

3. Какие дополнительные исследования можно провести для подтверждения диагноза?

4. Какая эпидемическая работа должна быть проведена дерматовенерологом?

Задача № 11.

Ребенок Д., от второй беременности, срочных родов. Мать ребенка 23 лет, не замужем, сельская жительница, на учете у гинеколога не состояла по поводу настоящей беременности, 3 года назад лечилась по поводу вторичного рецидивного сифилиса. Лечение неполноценное. Пациентка несколько раз прерывала лечение, клинико-серологический контроль проводила нерегулярно. При последней явке (1 год назад) клинических проявлений сифилиса не обнаружено, серологические реакции отрицательные. Пациентка снята с учета, ведет асоциальный образ жизни, злоупотребляет алкоголем. В роддоме оформила отказ от второго ребенка.

В родах у матери КСР: А1 3+, А 2 3+, МР 3+. Диагноз: Серологический рецидив, реинфекция?

От дальнейшего исследования на сифилис отказалась, самовольно ушла из роддома.

При рождении масса тела ребенка 2936 г, кожа и видимые слизистые свободны от высыпаний. Печень выступает на 0,6 см из-под реберной дуги. КСР у ребенка после рождения и через 10 дней отрицателен. Рентгенологическое исследование длинных трубчатых костей: в области дистальных головок бедренных костей определяются склеротические полосы просветления 1,5-2,0мм.

Заключение: сифилитический остеохондрит бедренных костей 1-2 степени.

Консультация офтальмолога: сходящееся косоглазие, нистагм, специфических изменений нет.

Консультация невропатолога: перинатальная энцефалопатия; гипертензионно-гидратационный синдром.

УЗИ внутренних органов: визуализируются включения 2 мм по всей паренхиме печени.

Заключение: увеличение правой доли печени. Диффузные изменения паренхимы.

1. Ваш диагноз?

2. Назначьте лечение больному.

3. Какова причина появления больного ребенка?

4. Меры профилактики врожденного сифилиса?
5. Сроки клинико-серологического контроля данного больного?

Задача № 12.

Больная П., 37 лет поступила на роды 13.05. 96 . По поводу скрытого раннего серопозитивного сифилиса с 29.01.96г. (на сроке 25-26 недель) получила специфическое и профилактическое лечение экстенциллином в дозе 2,4 млн ЕД внутримышечно 1 раз в неделю, всего 6 инъекций. КСР от 20.01.96 г 3+4+3+, КСР от 2.04.96. А 1 отр., А 2 2+, А 3 отр. 14.05.96 г родила мальчика массой 3040 г, рост 52 см. Общее состояние ребенка после родов средней тяжести: тремор подбородка, мышечная дистония, тенденция к мышечному гипертонусу, печень увеличена на 1,5 см, селезенка у края реберной дуги, кожа и видимые слизистые свободны от специфических высыпаний. Ребенку назначено профилактическое лечение по схеме раннего врожденного сифилиса. В первые сутки после начала лечения отмечалась реакция обострения: температура 37,9о С, на коже живота, ягодиц и конечностей - папулезная сыпь, обильное слизистое отделяемое из носовых ходов. КСР от 14.05.96г. 1+,2+,1+, на фоне проводимой терапии указанные проявления заболевания разрешились на 5-е сутки.

1. Ваш диагноз?
2. Требуется ли корректировать лечение?
3. Сроки клинико-серологического контроля данного больного?
4. Укажите причины возникновения заболевания у ребенка?

Задача № 13.

Больной Ю., 64 лет поступил 24.04.96 в стационар Ташкентского кожно-венерологического диспансера из отделения хирургии, где лечился по поводу заболевания ЖКТ: состояние после ваготомии и гастродуоденостомии. Переведен в кожвендиспансер в связи с наличием положительных реакций КСР 3+,3+,3+. Из анамнеза: мать больного умерла, когда ребенку было 5 лет, отец погиб на фронте, двое старших братьев также погибли на фронте, 6 младших братьев и 2 сестры умерли в детском возрасте. Больной с 9-летнего возраста отмечает своеобразную деформацию носа. Больной женат, имеет 5 дочерей, которые обследованы, признаны здоровыми.

Больной астеничного телосложения, пониженного питания. На

коже правого предплечья атрофический неровный звездчатый рубец величиной с 3-х-копеечную монету. Периферические лимфоузлы не увеличены. Определяется утолщение правого грудинного конца ключицы (симптом Авситидийского), отсутствие мечевидного отростка (аксифоидия), долотообразные верхние центральные резцы с диастемой Гаше, седловидный нос, высокое узкое готическое небо. Границы сердца нормальные, тоны чистые, пульс 74 в минуту, удовлетворительных свойств, АД 120/80 мм рт ст. В легких везикулярное дыхание, печень и селезенка не увеличены.

При консультации терапевтом, невропатологом, окулистом патологии не выявлено. Заключение отоляринголога: перфорация носовой перегородки. На рентгенограмме трубчатые кости верхних и нижних конечностей без патологических изменений.

КСР: 3+, 3+, 3+, РИФ-абс 4+, РИТ 100 %

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение?
3. Почему жена и дети больного здоровы?
4. Сроки клинико-серологического контроля?

Задача № 14.

Женщина 25 лет вызвана к венерологу в качестве полового контакта с мужчиной 30 лет, у которого выявлен сифилис вторичный кожи и слизистых. С момента контакта прошло 3 недели. При осмотре специфических высыпаний на коже и слизистых нет. Комплекс серологических реакций отрицателен.

1. Какие дополнительные серологические исследования необходимо провести?
2. Какие меры следует предпринять?
3. Сроки клинико-серологического контроля?

Задача № 15.

В РКВД находится больной с диагнозом сифилис первичный кожи и слизистых. КСР отрицателен. Из анамнеза: непереносимость препаратов группы пенициллина.

- 1) Тактика врача?
- 2) Сроки клинико-серологического контроля?

Задача № 16.

На прием к хирургу обратился больной 37 лет с жалобами на наличие высыпаний в перианальной области. Считает, что заболел 2

недели назад, когда заметил эти высыпания. При осмотре в перианальной области имеются гипертрофированные вегетирующие папулы с мацерированной поверхностью. Кроме этого, у больного обнаружены папулы на ладонях и подошвах и поредение волос на голове, увеличены периферические лимфоузлы.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Как подтвердить диагноз?
3. Тактика хирурга?
4. Тактика дерматовенеролога?
5. Сроки клинико-серологического контроля?

Задача № 17

К врачу стоматологу обратился пациент с жалобами на незначительные болевые ощущения при приеме пищи.

Объективно: на дорсальной поверхности языка отмечается наличие резко ограниченных папул, гладких, лишенные сосочков участки округлых очертаний (симптом «скошенного луга»). Также на слизистой оболочке полости рта отмечается наличие папул белого цвета («опаловые бляшки»). При поскабливании поверхность папул снимается, обнажая эрозию мясо-красного цвета.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика ведения пациента?
3. Лечение?

Задача № 18.

Больная М. 21 года была направлена в РКВД гинекологом с диагнозом - беременность 12 недель, сифилис? При обследовании обнаружены ладонно-подошвенные сифилиды, сифилитическая лейкодерма и мелкоочаговое облысение. КСР были резко положительны. Ребенок желанный, больная отказалась сделать аборт.

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение.
3. Составьте план профилактики врожденного сифилиса в данном случае.

Задача № 19.

Больной К., 16 лет, учащийся колледжа, имеет постоянное место жительства, поступил в венерологическое отделение с жалобами на гнойные выделения из уретры и рези при мочеиспускании. Болен 10

дней. Имел половой контакт со случайной партнершей, через 6 дней после чего появились гнойные выделения из уретры и рези при мочеиспускании. С этими явлениями обратился в кожно-венерологический диспансер, где при исследовании в мазках из уретры был обнаружен гонококк.

При поступлении состояние удовлетворительное, губки наружного отверстия уретры гиперемированы, отечны, уретра пальпируется в виде мягко-эластического тяжа, выделения из нее обильные, гнойные. Наружные половые органы без особенностей, предстательная железа при пальпации не изменена. Мочеиспускание свободное, частое, умеренно болезненное. Макроскопическое исследование мочи: обе порции диффузно мутные. Микроскопическое исследование мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения. Микроскопическое исследование мазков отделяемого слизистой оболочки уретры: лейкоцитоз и гонококки. Общий анализ крови: Нв 142 г/л, лейкоциты - $5,4 \times 10^9$ /л, СОЭ 6 мм в час. Комплекс серологических реакций на сифилис отрицателен.

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение больному.
3. В чем заключается метод комбинированной провокации?
4. Надо ли проводить этому больному превентивное лечение от сифилиса?

Задача № 20.

Через неделю после полового акта с незнакомой женщиной больной Г., 28 лет, почувствовал боль и жжение при мочеиспускании, гнойные выделения из уретры.

При осмотре: губки уретры гиперемированы, отечны. Из мочеиспускательного канала стекают обильные гнойные выделения. При проведении двухстаканной пробы Томпсона помутнение мочи первой порции. В мазках, окрашенных по Грамму обнаружены гонококки.

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение.
3. Меры профилактики.

Задача № 21.

Больной Б, 39 лет, холост, обратился в РКВД с жалобами на скудные выделения из уретры в виде "утренней капли" и

непостоянные боли в области промежности и крестца. Болен около года, когда после случайной половой связи появились выделения из уретры. Лечился амбулаторно по поводу свежего гонорейного уретрита препаратами пенициллина, после чего наблюдались явления постгонорейного уретрита, получал тетрациклин, трихопол в больших дозах длительными курсами. Наблюдалось некоторое улучшение. Направлен в РКВД в связи с безуспешностью терапии.

Объективно: Кожные покровы свободны от высыпаний, половые органы развиты правильно по мужскому типу. При осмотре отмечается небольшая отечность губок наружного отверстия уретры и скудные слизистые выделения. Моча в первой порции и во второй порции прозрачная и содержит единичные слизисто-гнойные нити. При исследовании простаты через прямую кишку изменений не определяется

1. Можно ли поставить диагноз?
2. Какие дополнительные исследования следует сделать?
3. Окончательный диагноз?
4. Назначьте лечение больному (методом ПИФ с моноклональными антителами обнаружены в соскобе из уретры хламидии).
5. Каковы критерии излеченности при хламидиозе?

Задача № 22

Больной В., родился от второй беременности. Беременность протекала с явлениями токсикоза, закончилась преждевременными родами на 37 неделе беременности. Мальчик родился массой 3,0 кг, длиной 52 см. К груди приложили на 3 сутки, сосал вяло. На 6 день у новорожденного появился двусторонний отек век, сужение глазной щели, обильные слизистые и гнойные выделения. Конъюнктивит век резко гиперемирован, инфильтрирован. При рождении ребенку была проведена профилактика гонобленорей 30% раствором сульфацила натрия. При исследовании отделяемого из глаз на гонококки результат отрицательный. Лечение сульфацилом натрия безуспешно. При исследовании соскоба с конъюнктивы ребенка и соскоба из шейки матки у матери методом прямой иммунофлюоресценции обнаружены хламидии.

1. Ваш диагноз?
2. Каков путь заражения?
3. Методы профилактики офтальмохламидиоза?
4. Назначьте лечение больному.

Задача № 23

Ребенок X, 9 лет заболел 8 сентября 2006 года, когда повысилась температура тела до 39,2°, появился двусторонний конъюнктивит и дизурические расстройства (рези при мочеиспускании и его учащение, особенно в ночное время). Через несколько дней начались боли в левом коленном суставе, сопровождающиеся отеком и гиперемией этой области. 12 сентября госпитализирован в травматологическое отделение с диагнозом: травматический артрит. При поступлении отмечалось повышение лейкоцитов 10 x 10⁹/л, СОЭ 52 мм/час, СРБ +++. На пораженный сустав была наложена гипсовая повязка. Однако через 2 дня возникла боль, отек и гиперемия в правом коленном суставе, и ребенок был переведен в ревматологическое отделение детской больницы. При поступлении состояние средней тяжести, ходит с трудом, щадя конечности. Область обоих коленных суставов отечна, суставы значительно увеличены в объеме (правый коленный сустав диаметром 29 см, левый - 30 см), кожа над пораженными суставами горячая на ощупь, но не гиперемирована. Выраженная атрофия мышц обоих бедер и голеней. На слизистой мягкого и твердого неба и головке полового члена округлые эрозии с четкими краями и желтоватой поверхностью без гнойного отделяемого. Губки уретры не изменены, свободных выделений из уретры нет. Предстательная железа диаметром около 1 см с четкими контурами эластической консистенции. В соскобе из уретры лейкоциты покрывают все поле зрения, в центрифугате мочи после массажа предстательной железы лейкоцитов 15-20 в поле зрения. Элементарные тельца хламидий обнаружены в соскобе из уретры, с поверхности эрозий на твердом небе и половом члене.

1. Ваш диагноз?
2. Где следует искать источник заражения?
3. Каковы пути заражения детей?
4. Какое лечение следует назначить больному?

Задача № 24.

Больная Б., 30 лет состоит 3 года в бесплодном браке. Обратилась в женскую консультацию с жалобами на ощущение влажности в половых органах, небольшие боли в пояснице при менструациях. Объективно: свободных выделений из уретры нет. При осмотре гинекологическим зеркалом слизистая влагалища не изменена, шейка

матки отечна, из цервикального канала - умеренные слизисто-гнойные выделения, вокруг наружного зева имеется яркое красное пятно, являющееся проявлением эндоцервицита, с четким наружным краем. При бимануальном исследовании матка и придатки не увеличены. При обследовании мужа - выявлен хронический уретрит, катаральный простатит. При исследовании соскоба из уретры у мужа и цервикального канала женщины обнаружены микоплазмы методом иммунофлюоресценции с моноклокальными антителами.

1. Ваш диагноз?
2. Может ли он быть причиной бесплодия?
3. Какие выводы можно сделать из данного случая?
4. Назначьте лечение.

Задача № 25.

Больной Б., 20 лет обратился в клинику РКВД с жалобами на обильные выделения из уретры, рези при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание и рези в конце его, болезненные эрекции. Заболел остро 2 дня назад, заболевание связывает со случайной половой связью 12 дней назад.

Об-но: кожа половых органов и перианальной области свободна от высыпаний. Половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Из уретры обильное гнойное отделяемое, губки наружного отверстия уретры резко гиперемированы, отечны, уретра гиперемирована, болезненная при пальпации. Половой член в полуэригированном состоянии. При пальпации органов мошонки патологии нет. При пальпаторном обследовании простаты - изменений нет. При проведении двухстаканной пробы моча мутная в двух стаканах, имеются гнойные нити и хлопья. При исследовании мазков из уретры на гонококки, трихомонады, мазка мочи на трихомонады (осадка мочи) и соскоба на хламидии и бактериологическом исследовании на уреоплазму обнаружены гонококки и уреоплазма.

1. Ваш диагноз?
2. Каковы клинические особенности смешанных инфекций урогениталий?
3. Назначьте лечение данному больному.

Задача № 26.

На прием к врачу обратился больной К., 31 год, холост. Жалобы на появление сыпи на третий день после повышения температуры.

При осмотре: сыпь состоит из отдельных беспорядочно разбросанных пятен и папул; локализуется на руках и туловище. Помимо лихорадки у больного выявлены увеличенные лимфоузлы, язва на мошонке и гиперемические пятна на мягком небе. Из анамнеза выявлено, что больной живет беспорядочной половой жизнью.

1. Предположительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз
3. Дальнейшая тактика ведения больного?

Задача № 27.

Больной С., 29 лет, обратился к дерматологу с жалобами на поражение кожи правой ноги, из анамнеза выяснилось, что он длительное время принимает наркотики. При осмотре: правая нога отечна, голень и бедро покрыты фиолетовыми папулами и узлами, сливающимися между собой, на коже кистей имеются множественные следы от внутривенных инъекций.

1. Предположительный диагноз?
2. Наличие какого заболевания можно предположить у данного больного?
3. Дальнейшая тактика ведения больного?
4. Прогноз?

Задача № 28.

На прием к врачу обратился больной К., 26 лет, холост, живет беспорядочной половой жизнью. Жалобы на наличие «язвочек» на половых органах, которые появились более 6 месяцев назад. При осмотре: множественные язвы и эрозии линейной и овальной формы на коже мошонки и паховых складок.

1. Каков предположительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз.
3. Дальнейшая тактика ведения больного?

2.3. Примерный перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию:

1. Псевдолейкодерма - это:
 - а) участки депигментации на месте бывших высыпаний
 - б) геморрагическое невоспалительное пятно
 - в) воспалительное пятно
 - г) очаг лихенификации

д) искусственное пятно

2. В клинику поступил больной с жалобами на наличие распространенных высыпаний, на месте которых после разрешения остаются рубчики. Высыпания были представлены инфильтрированными бесполостными, возвышающимися над уровнем кожи элементами желтоватого цвета, мягкой консистенции, полушаровидной формы, округлых очертаний. Была произведена биопсия одного из первичных элементов. Гистологически высыпания представляли собой инфекционную гранулему. Назовите элемент:

- а) узелок
- б) бугорок
- в) пузырек
- г) волдырь
- д) пузырь

3. Больной жалуется на зудящие высыпания, возвышающиеся над окружающей кожей, розового цвета, рассеянные на коже туловища. Болен 2 дня. Высыпные элементы существуют в течение нескольких часов, самопроизвольно исчезают и появляются вновь. Дайте определение морфологическому элементу.

- а) узелок
- б) волдырь
- в) узел
- г) бугорок
- д) пузырек

4. Укажите механизм образования внутриэпидермального пузыря:

- а) Акантолиз
- б) Баллонизирующая дистрофия
- в) Вакуольная дистрофия
- г) Спонгиоз
- д) Экзоцитоз

5. Мономорфная сыпь представлена:

- а) Несколькими видами первичных элементов
- б) Первичными и вторичными элементами
- в) Одним видом вторичных элементов
- г) Одним видом первичных элементов
- д) Несколькими видами вторичных элементов

6. Лихенификация характеризуется всем перечисленным, кроме:

- а) уплотнения кожи
- б) усиления кожного рисунка

- в) образования эрозий
- г) утолщения кожи
- д) пигментации

7. Назовите морфологическую основу бугорка:

- а) акантоз
- б) периваскулярная инфильтрация
- в) вакуольная дистрофия
- г) инфекционная гранулема
- д) папилломатоз

8. В амбулаторию клиники обратился больной с жалобами на появление ярко-розовых, отечных элементов, сопровождающихся зудом. Через 2-3 часа после появления элементы бесследно регрессируют. Назовите элемент:

- а) бугорок
- б) узелок
- в) волдырь
- г) узел
- д) пузырек

9. Лихенификация формируется в результате:

- а) механического повреждения кожи
- б) длительного расчесывания
- в) заживления эрозий
- г) вскрытия пузырей
- д) слияния бугорков

10. По величине различают следующие воспалительные пятна:

- а) розеола
- б) пурпура
- в) эритема
- г) экхимозы
- д) вибицес

11. Веснушки являются пятнами:

- а) воспалительными
- б) геморрагическими
- в) искусственными
- г) пигментными
- д) телеангиэктазиями

12. Бородавки формируются в результате разрастания эпидермиса типа акантоза и являются:

- а) бугорками
- б) невоспалительными узелками
- в) воспалительными узелками
- г) невоспалительными узлами
- д) вегетацией

13. Укажите, какими путями осуществляется заражение чесоткой:

- а) половым
- б) через игрушки
- в) через одежду и постель
- г) через животных
- д) через насекомых

14. Укажите факторы естественной резистентности кожи к пиококкам:

- а) целостность рогового слоя кожи
- б) кислая рН кожной поверхности
- в) физиологическое шелушение
- г) повышенное салоотделение
- д) повышенное потоотделение

15. К группе стафилококковых пиодермий относятся:

- а) сикоз простой
- б) фурункулез
- в) гидраденит
- г) заеда
- д) вульгарная эктима

16. При лечении пиодермий противопоказано применение:

- а) сухого тепла
- б) УФО в) УВЧ
- в) парафинотерапии
- г) водных процедур
- д) иглорефлексотерапии

17. Показаниями для наложения ихтиоловой «лепешки» являются:

- а) импетиго вульгарное
- б) фурункул
- в) заеда
- г) гидраденит
- д) фолликулит

18. Назначение антибиотиков считается обязательным при:

- а) пиодермиях, сопровождающихся лихорадкой
- б) рецидивирующих пиодермиях

- в) локализации пиодермий на лице и голове
- г) одиночных фурункулах
- д) глубоких пиодермиях

19.Разновидностями стрептококковой пиодермии являются:

- а) стрептококковая заеда
- б) буллезное импетиго
- в) щелевидное импетиго
- г) поверхностный панариций
- д) вульгарное импетиго

20.Норвежская чесотка встречается:

- а) у больных с психическими заболеваниями
- б) у больных с сахарным диабетом
- в) на фоне длительного приема цитостатиков
- г) у больных атопическим дерматитом
- д) у нечистоплотных людей

21.Укажите, какие первичные морфологические элементы чаще составляют клиническую картину чесотки:

- а) пузырек
- б) бугорок
- в) узелок
- г) пятно
- д) корка

22.К числу эндогенных факторов, благоприятствующих развитию пиодермий, относятся:

- а) гиповитаминозы
- б) нарушения обмена веществ
- в) вегетативные неврозы
- г) местное нарушение кровоснабжения
- д) иммунодефицит

23.Для местного лечения пиодермий применяют следующие средства:

- а) фукорцин
- б) гентамициновая мазь
- в) левомеколь
- г) чистый ихтиол
- д) 2% салициловый спирт

24.Лечение больного чесоткой предусматривает:

- а) применение эмульсии бензилбензоата

- б) применение УФО
- в) назначение серных мазей
- г) исключение острой пищи
- д) применение спрея «Спрегаль»

25. Укажите среди нижеперечисленных глубокую форму стрептодермии:

- а) стрептококковое импетиго
- б) околоногтевая фликтена
- в) эктима вульгарная
- г) буллезное импетиго
- д) заеда

26. Укажите наиболее характерные признаки чесотки:

- а) инфильтрация в очагах поражения
- б) папуло-везикулезные элементы
- в) импетигинизация в очагах поражения
- г) ночной зуд
- д) локализация в области волосистой части головы

27. Укажите типичную локализацию высыпаний при не осложненной чесотке у взрослых:

- а) лицо
- б) область сосков
- в) межпальцевые складки кистей
- г) боковые поверхности туловища
- д) половые органы у мужчин

28. Укажите экзогенные факторы, имеющие значение в развитии пиодермий:

- а) микротравмы кожи
- б) загрязнение кожи
- в) переохлаждение
- г) перегревание
- д) употребление жирной пищи

29. Укажите, какие из нижеперечисленных средств необходимы для лечения неосложненной чесотки:

- а) гидрокортизоновая мазь
- б) 2% борная мазь
- в) 5% салициловая мазь
- г) 33% серная мазь
- д) 5% нафталиновая мазь

30. Укажите, с какими кожными заболеваниями нет необходимости дифференцировать чесотку:

- а) атопический дерматит
- б) розовый лишай
- в) кожный зуд
- г) экзема
- д) пруриго

31. При развитии аллергического контактного дерматита кистей от стирального порошка необходимо:

- а) прекратить пользование стиральным порошком
- б) исключить частое мытье рук
- в) назначить внутрь – Зиртек
- г) назначить местно – крем «Элоком»
- д) применять при стирке местные защитные средства.

32. Причинами развития аллергического дерматита могут быть:

- а) металлические украшения
- б) синтетические ткани
- в) моющие средства
- г) декоративная косметика
- д) горчицы.

33. Причинами развития простого дерматита являются:

- а) механическое трение
- б) кипяток
- в) стиральный порошок
- г) концентрированные щелочи
- д) концентрированные кислоты.

34. Причинами развития аллергического дерматита могут быть:

- а) УФ-лучи
- б) косметический крем
- в) тени для век
- г) пена для бритья
- д) дезодорант.

35. Обязательными причинами (простых дерматитов) являются факторы:

- а) механические
- б) физические
- в) химические
- г) биологические

д) инфекционные.

36. Для аллергического контактного дерматита характерны следующие признаки:

- а) выраженность воспаления кожи зависит от концентрации раздражителя
- б) воспаление кожи выходит за пределы участка, подвергнувшегося воздействию раздражителя
- в) возникает при повторном контакте с раздражителем
- г) четкие границы, очагов поражения
- д) наличие временного интервала между первым контактом с аллергеном и развитием кожных проявлений.

37. Простой контактный дерматит характеризуется следующими признаками:

- а) четким границам
- б) локализацией в местах контакта с раздражителем
- в) выразительностью воспаления в зависимости от силы раздражителя
- г) образованием волдырей
- д) быстрым регрессом после устранения раздражителя.

38. Для истинной экземы характерны следующие клинические признаки:

- а) нечеткие границы очагов поражения
- б) асимметричность
- в) зуд
- г) мокнущие эрозии – «серозные колодцы»
- д) монотипность сыпи.

39. Назовите признаки, не характерные для микробной экземы:

- а) симметричность
- б) четкие границы
- в) локализация вокруг трофических и пиококковых язв
- г) географические очертания
- д) импетигиозные корки.

40. Для себорейной экземы характерным является:

- а) мокнутие
- б) локализация в зонах с усиленным салоотделением
- в) шелушение жирными чешуйками
- г) розовато-желтый оттенок высыпаний
- д) слабо инфильтрированные бляшки.

41. Для профессиональной экземы характерными клиническими признаками являются:

- а) поражение кистей
- б) симметричность
- в) быстрый регресс при назначении терапии
- г) рецидивы во время отпуска
- д) моновалентная сенсибилизация.

42. Назовите патогномичные патогистологические признаки экземы:

- а) спонгиоз
- б) субэпидермальные пузыри
- в) лимфогистиоцитарная инфильтрация дермы
- г) гранулез
- д) отек сосочкового слоя дермы.

43. Назовите признаки, характерные для дисгидротической экземы:

- а) локализация высыпаний на ладонях и подошвах
- б) ассиметричность
- в) везикулы с плотными покрышками
- г) локализация высыпаний в локтевых и подколенных ямках
- д) локализации на кистях и стопах.

44. Общую кортикостероидную терапию при экземе назначают в случаях:

- а) большой распространенности процесса
- б) резистентности к обычной терапии
- в) упорного течения
- г) присоединения вторичной инфекции.
- д) повышенной температуры тела

45. При хронической экземе вне обострения назначают:

- а) примочки
- б) теплые ванночки
- в) пасты
- г) окклюзионные повязки с редуцирующими мазями
- д) тепловые физиопроцедуры.

46. Наиболее характерными клиническими проявлениями руброфитии являются:

- а) преимущественное поражение слизистых
- б) тенденция к универсальному поражению ногтевых пластинок кистей и стоп
- в) генерализованное поражение волосистой части головы

- г) частое поражение кожи стоп эритематозно-сквамозного характера
- д) поражение крупных складок кожи

47. Укажите принципы диагностики микозов:

- а) сбор эпидемиологического анамнеза
- б) люминесцентный метод (лампа Вуда)
- в) микроскопия (КОН-тест)
- г) культуральный метод
- д) серологический метод

48. Источником заражения микроспорией является:

- а) человек
- б) кошка
- в) собака
- г) лошадь
- д) корова

49. При грибковом поражении волос необходимо:

- а) провести эпиляцию (для теста КОН)
- б) применить аппликации кортикостероидных мазей
- в) назначить системный антимикотик
- г) назначить антибиотик широкого спектра действия
- д) назначить физиопроцедуры (ультразвук)

50. В стадии мокнутия при дисгидротической форме эпидермофитии для наружной терапии необходимо применять:

- а) присыпки
- б) мази
- в) взбалтываемые взвеси («болтушки»)
- г) примочки
- д) спиртовые протирания

51. Укажите наиболее характерную локализацию интертригинозной формы эпидермофитии:

- а) передняя поверхность голеней
- б) межпальцевые складки стоп
- в) паховые складки
- г) подмышечные области
- д) межягодичные складки

52. Возбудителем эритразмы является:

- а) *Corynebacterium inutissimum*
- б) *Trichophyton violaceum*
- в) *Candida albicans*

- г) *trichophyton rubrum*
- д) *microsporum canis*

53. Назовите клинические формы эпидермофитии стоп:

- а) интертригинозная
- б) дисгидротическая
- в) атрофическая
- г) сквамозно-гиперкератотическая
- д) стертая

54. Назовите анатомо-физиологические признаки, характерные для дерматофитов (дерматомицетов):

- а) кератофильность
- б) наличие глико-, протео- и липолитических ферментов
- в) выраженная аэробность
- г) наличие хитина в клеточной оболочке
- д) выраженная анаэробность

55. Для лечения отрубевидного лишая применяют:

- а) шампунь «Низорал»
- б) спрей «Ламизил»
- в) эритемное УФ-облучение
- г) 5% салициловый спирт
- д) втирание кортикостероидных мазей

56. Для микроспории волосистой части головы характерными признаками являются:

- а) эритема
- б) мокнутие
- в) зуд
- г) обломанные волосы
- д) шелушение

57. Назовите факторы, способствующие развитию микозов:

- а) эндокринопатии
- б) иммуносупрессивная терапия
- в) прием антибиотиков
- г) витаминотерапия
- д) оральные контрацептивы

58. Орунгал является препаратом:

- а) противовоспалительным
- б) противовирусным
- в) противопротозойным

- г) фунгистатическим
- д) антибактериальным

59. Перечислите признаки, характерные для кератомикозов:

- а) поражение рогового слоя эпидермиса
- б) мокнутие
- в) десквамация
- г) образование пятен цвета «кофе с молоком»
- д) отсутствие воспаления

60. Назовите заболевания из группы дерматофитий:

- а) эпидермофития
- б) руброфития
- в) трихофития
- г) кандидоз
- д) микроспория

61. При красном плоском лишае кроме кожи могут поражаться:

- а) суставы
- б) слизистые оболочки
- в) волосы
- г) ногти
- д) внутренние органы

62. Укажите клинические симптомы красного плоского лишая:

- а) зуд
- б) распространенные кожные высыпания
- в) поражение слизистых
- г) боли в суставах
- д) жжение

63. Для лечения красного плоского лишая применяются:

- а) плаквенил
- б) дипроспан
- в) кларитин
- г) сонапакс
- д) нистатин

64. Для вульгарной формы псориаза характерным является:

- а) отсутствие отечности высыпаний
- б) ярко-красные папулы, покрытые серебристо-белыми чешуйками
- в) отсутствие чешуе-корок
- г) отсутствие артралгии
- д) универсальное поражение кожных покровов

65. Укажите характерные локализации красного плоского лишая:

- а) туловище
- б) голени
- в) лицо
- г) половые органы
- д) слизистые оболочки полости рта

66. На прием к дерматологу обратилась больная 42 лет с жалобами на появление после нервного потрясения обильной сыпи, сопровождающейся зудом. Больна 10 дней. При осмотре: на туловище, передней поверхности предплечий и голени имеются многочисленные плоские папулезные высыпания размером от булавочной головки до горошины синюшно-красного цвета, с гладкой блестящей поверхностью и пупкообразным вдавлением в центре. Описанная клиническая картина соответствует диагнозу:

- а) псориаз
- б) пруриго
- в) вторичный сифилис
- г) красный плоский лишай
- д) чесотка

67. Розовый лишай начинается с появления:

- а) волдыря
- б) пигментированного пятна
- в) папулы
- г) везикулы
- д) воспалительного пятна

68. Выберите симптом, патогномоничный для красного плоского лишая:

- а) симптом Никольского
- б) симптом Бенъе-Мещерского
- в) симптом Викема
- г) симптом Горчакова-Арди
- д) симптом Пильнова

69. Для экссудативной формы псориаза наиболее характерными признаками являются:

- а) наличие муковидных чешуек
- б) наличие геморрагических корок
- в) наличие гнойных корок
- г) наличие серозных чешуе-корок
- д) наличие отечных папул

70. Для лечения псориаза эффективными физиотерапевтическими методами являются:

- а) селективная фототерапия (СФТ)
- б) озонотерапия
- в) фотохимиотерапия (ПУВА)
- г) оксигенотерапия
- д) криотерапия

71. Помимо кожи при псориазе могут поражаться:

- а) волосы
- б) суставы
- в) роговица глаза
- г) ногти
- д) сердце

72. Псориазическая эритродермия характеризуется:

- а) универсальным поражением кожи
- б) увеличением лимфатических узлов
- в) подъемом температуры тела
- г) поражением слизистых оболочек
- д) поражением печени

73. Красный плоский лишай необходимо дифференцировать с:

- а) псориазом
- б) сифилисом
- в) плоскими бородавками
- г) токсикодермией
- д) пруриго

74. Выберите клинические признаки, характерные для розового лишая:

- а) полициклические очертания высыпаний
- б) желтовато-розовый цвет высыпаний
- в) восковидный блеск высыпаний
- г) наличие «материнской бляшки»
- д) расположение пятен по линиям натяжения Лангера

75. Выберите диагностические феномены, характерные для псориаза:

- 1) феномен Кебнера
- 2) сетка Викема
- 3) симптом стеаринового пятна
- 4) симптом Никольского
- 5) симптом Бенъе-Мещерского

76. Кожный зуд, как симптом, часто встречается при следующих заболеваниях:

- а) сахарный диабет
- б) глистная инвазия
- в) лейкозы
- г) красная волчанка
- д) болезни печени

77. Диагноз атопического дерматита может быть поставлен на основании:

- а) указания на начало заболевания в детстве
- б) улучшения в летнее время
- в) наличия лихенификации в локтевых и подколенных сгибах
- г) развития везикуляции в очагах поражения
- д) белого дермографизма

78. В возникновении стропулюса первостепенную роль играют: а)

- а) пищевая аллергия
- б) контакт со стиральным порошком
- в) детский возраст
- г) нервные факторы
- д) памперсы

79. Хроническую крапивницу нужно дифференцировать с:

- а) укусами насекомых
- б) чесоткой
- в) токсидермией
- г) экземой
- д) дерматитом Дюринга

80. Какие из перечисленных элементов наиболее характерны для клинической картины атопического дерматита у взрослых?

- а) волдырь
- б) эксфолиация
- в) эритема
- г) лихенификация
- д) узел

81. Какие из перечисленных элементов наиболее характерны для клинической картины пруриго взрослых?

- а) серопапула
- б) папула
- в) волдырь

- г) эксфолиация
- д) пустула

82. Какими действиями не обладает кортикостероидная мазь? а)

- а) вазоконстрикторным
- б) противозудным
- в) противомикробным
- г) противовоспалительным
- д) дезодорирующим

83. Какие утверждения неверны в отношении антигистаминных препаратов?

- а) оказывают гистаминапектическое действие
- б) являются H1 блокаторами
- в) являются H2 блокаторами
- г) оказывают противозудное действие
- д) являются H3 блокаторами

84. Обострения и ремиссии атопического дерматита зависят от: а) сезонности

- б) погрешностей в диете
- в) стрессогенных ситуаций
- г) инсоляции
- д) наследственности

85. Зуд кожи как симптом характерен для следующих заболеваний: а) сахарного диабета

- б) глистной инвазии
- в) болезней печени
- г) опоясывающего герпеса
- д) простого герпеса

86. Каким заболеваниям и состояниям кожный зуд может сопутствовать в качестве симптома?

- а) беременности
- б) СПИДу
- в) болезням почек
- г) гепатитам
- д) пузырчатке

87. Какие утверждения противоречат общепринятым представлениям о зудящих дерматозах?

- а) кожный зуд может быть как нозологией, так и симптомом
- б) крапивница характеризуется полиморфизмом высыпаний

- в) строфулюс – это детская чесуха
- г) экзема не относится к нейродерматозам
- д) зудящие дерматозы это аллергические заболевания

88. Какие цели должна преследовать наружная терапия при атопическом дерматите?

- а) противозудное действие
- б) барьерстабилизирующее действие
- в) противовоспалительное действие
- г) кератопластическое действие
- д) увлажняющее действие

89. Какие изменения лабораторных параметров не характерны для больных атопическим дерматитом?

- а) повышенный уровень сывороточных IgE антител
- б) выявление акантолитических клеток
- в) эозинофилия крови
- г) повышение цитокинов 2-го типа
- д) повышение креатинина сыворотки

90. Отметьте нетипичную локализацию высыпаний при атопическом дерматите у взрослых:

- а) лицо
- б) ягодицы
- в) шея
- г) локтевые сгибы
- д) ладони и подошвы

91. Укажите типичную локализацию себореи:

- а) верхняя треть спины
- б) лицо
- в) верхняя треть груди
- г) волосистая часть головы
- д) паховые складки

92. Укажите заболевания, в клинической картине которых встречается алопеция:

- а) вторичный сифилис
- б) микроспория
- в) дискоидная красная волчанка
- г) розацеа
- д) вульгарные угри

93. Укажите заболевания, триггер фактором которого является

злоупотребление кортикостероидными мазями:

- а) масляные угри
- б) ринофима
- в) атерома
- г) периоральный дерматит
- д) себорейный дерматит

94. Укажите побочные эффекты длительного лечения розацеа кортикостероидными мазями:

- а) атрофия кожи лица
- б) телеангиэктазии
- в) гипертрихоз лица
- г) милиумы
- д) гиперплазия сальных желез

95. Для простого герпеса наиболее характерными элементами сыпи являются:

- а) гнойнички, язвы, гнойные корки
- б) узелки, чешуйки, гиперпигментация
- в) бугорки, язвы, геморрагические корки
- г) пузырьки, эрозии, серозные корки
- д) папулы, волдыри, эскориации

96. К Вам обратился пациент с жалобами на болезненные эрозии на половом члене. В анамнезе выявлено частое появление подобных высыпаний в течение года. При осмотре: на головке полового члена сгруппированные пузырьки полициклических очертаний, на отечном основании, мягком при пальпации. Наиболее вероятный диагноз:

- а) вульгарная пузырчатка
- б) шанкриформная пиодермия
- в) рецидивирующий герпес
- г) первичный герпес
- д) первичный сифилис

97. Укажите наиболее характерные признаки простого герпеса:

- а) наличие “предвестников”
- б) начало заболевания в пожилом возрасте
- в) хроническое течение дерматоза
- г) связь рецидивов с приёмом сульфаниламидов
- д) склонность к рецидивам

98. Укажите наиболее эффективные препараты для купирования рецидива простого герпеса:

- а) ацикловир

- б) тетрациклин
- в) валтрекс
- г) трихопол
- д) фамвир

99.К Вам обратился пациент с жалобами на появление высыпаний, сопровождающихся зудом. При осмотре - в области угла рта справа на эритематозном, отёчном фоне сгруппированные мелкие пузырьки, наполненные серозным содержимым, и мелкие эрозии. Между какими заболеваниями, в первую очередь, следует проводить дифференциальный диагноз:

- а) первичный сифилис
- б) стрептококковое импетиго
- в) вульгарная пузырчатка
- г) простой герпес
- д) опоясывающий герпес

100. Укажите наиболее эффективные методы лечения контагиозного моллюска:

- а) 5% салициловая мазь
- б) диатермокоагуляция
- в) мазь Зовиракс
- г) механическое удаление
- д) УФО

101. Укажите субъективное ощущение, наиболее характерное для опоясывающего герпеса:

- а) зуд
- б) жжение
- в) чувство стягивания кожи
- г) чувство покалывания в коже
- д) болевой синдром

102. Укажите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать простой герпес:

- а) опоясывающий герпес
- б) аллергический дерматит
- в) стрептококковое импетиго
- г) первичный сифилис
- д) вульгарный псориаз

103. Язвенная форма простого герпеса и рецидивы опоясывающего лишая могут быть маркерами следующих системных заболеваний:

- а) злокачественных новообразований

- б) глистной инвазии
- в) инфекция ВИЧ на стадии СПИДа
- г) хронической почечной недостаточности
- д) хронического лимфолейкоза

104. Наиболее тяжелой разновидностью первичного герпеса (нередко с летальным исходом) является:

- а) первичный герпетический гингивостоматит
- б) первичный герпетический вульво-вагинит
- в) герпетический панариций
- г) первичный герпес новорожденных
- д) первичный герпес гениталий

105. К заболеваниям, передающимся половым путем, относятся следующие разновидности вирусных дерматозов:

- а) плоские бородавки
- б) остроконечные кондиломы
- в) синдром Ханта
- г) простой герпес гениталий
- д) контагиозный моллюск

106. Среди разновидностей бородавок выделяют следующие:

- а) обычные
- б) плоские
- в) подошвенные
- г) остроконечные
- д) псориазиформные

107. При типичном развитии рецидива простого герпеса принято выделять следующие стадии:

- а) предвестников
- б) эритематозная
- в) везикулезная
- г) эрозивная
- д) шелушения

108. Наиболее эффективными методами вторичной профилактики рецидивов простого герпеса являются следующие:

- а) аутогемотерапия
- б) герпетическая поливакцина
- в) инъекции антибиотиков
- г) индукторы интерферона
- д) витаминотерапия

109. Укажите признаки, наиболее характерные для опоясывающего герпеса:

- а) пузырьковые высыпания
- б) склонность к рецидивированию
- в) боли по ходу нервных стволов
- г) положительный симптом Никольского
- д) развитие постгерпетической невралгии

3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература.

1. Балтабаев М.К. Частная Дерматология. Бишкек 2013, Изд-во-во КРСУ, 482 с.
2. Ю.К. Скрипкин. Кожные и венерические болезни. Москва, Медицина, 1979, 1980 гг, 550 с.
3. Ю.К. Скрипкин, А.Л. Машкилейсон, Г.Я. Шарапова Кожные и венерические болезни. Москва, Медицина, 1995 г. 463 с.
4. Дифференциальная диагностика кожных болезней. Под редакцией А.А. Студницина. Москва, Медицина, 1983 г, 559 с. 4. Ю.К. Скрипкин, Ф.А. Зверькова, Г.Я. Шарапова, А.А. Студницин. Руководство по детской дерматовенерологии. Ленинград, Медицина, Ленинградское отделение 1983 г. 477 с.
5. Т. Фитцпатрик, Р. Джонсон, К. Вулф, М. Полано, Д. Сюрмонд. Дерматология. Атлас-Справочник. Практика. Москва 1999, 1044 с.
6. Т. Хэбиф. Кожные болезни. Диагностика и лечение. МЕД пресс-информ. Москва, 2007 г. 671 с.
7. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. Под редакцией Ю.К. Скрипкина, В.Н. Мордовцева. 1 и 2 тома. Москва. Медицина 1999 г. 879 с.
8. Кожные и венерические болезни. Под редакцией О.Л. Иванова. Москва Медицина. 1997 г. 351 с.
9. Джеймс Е. Фитцпатрик, Джон Л. Элинг. Секреты дерматологии. Москва. Vinom, Publishers, 1999 г. 511 с.
10. И.М. Романенко, В.В. Кулага, С.Л. Афонин. Лечение кожных и венерических болезней. 1 и 2 тома. Медицинское информационное агентство. Москва. 2006 г. 903 с, 885 с.
11. Клиническая дерматовенерология. Руководство для врачей. Под редакцией акад. РАМН Ю.К. Скрипкина, проф. Ю.С. Бутова в двух томах, Москва, Издательская группа «ГЭОТАР-МЕДИА» 2009.
12. О.Д. Мяделец, В.П. Адаскевич. Морфофункциональная дерматология. Москва, медицинская литература, 2006 г. 752 с.
13. Ю.Н. Кошевенко. Кожа человека. Москва, Издательство Медицина, 2008 г.

В двух томах. 754 с.

14.А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. Москва, Издательство Бином, 2008, 480 с.

15.Клинические рекомендации. Дерматовенерология 2010. (Под редакцией акад. РАМН А.А.Кубановой). Москва. Press «Декс-Пресс» 428 с.

Дополнительная литература:

1.Кожные и венерические болезни. Учебник /О.Л. Иванов, В.А. Молочков, Ю.С. Бутов, С.С. Кряжева; Под ред. О.Л. Иванова.-М.:Шико,2002.-480с.

2.Дерматоонкология Москва, Медицина для всех, 2005// Под редакцией Г.А.Галил-Оглы, В.А. Молочкова, Ю.В.Сергеева, 872 с.

3.И.А. Ломоткин. Клиническая дерматоонкология. Москва 2011, БИНОМ. Лаборатория знаний, 499 с.

4.В.Н.Мордовцев, В.В.Мордовцева, В.В.Мордовцева. Наследственные болезни и пороки развития кожи.Москва, Наука,2004, 174 с.

5.Вестник дерматологии и венерологии.

6.Российский журнал кожных и венерических болезней.

7.Клиническая дерматология и венерология.

Примерный список Интернет-ресурсов по дерматовенерологии

1.http://www.derma.med.unirlangen.de/bilddb/index_d.htm

(Дерматологический атлас университетской клиники Эрланген, Германия).

2.<http://tray.dermatology.uiowa.edu/DermImag.htm> (Атлас университета Айова) <http://www1.protec.it/atlas/>(Атлас университета Падуя,Италия).

<http://erl.pathology.iupui.edu/cases/dermcases/dermcases.cfm>(Виртуальная дерматология - Университет Индиана, электронные ситуационные задачи)

3.<http://www.hslib.washington.edu/courses/hubio542/index.html> (Обучающая программа по пропедевтике в дерматовенерологии университета Вашингтон "Язык дерматологии")

4.<http://203.255.31.116/lecehs.htm> (Индексированный мировой указатель лекций - Южная Корея)

5.<http://www.med.nyu.edu/derm/protocol.htm> ("Виртуальная клиническая конференция" - университет Нью-Йорк).