Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 07.04.2025 15:52:02
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**
**«Майкопский государственный технологический университет»**
**Медицинский институт**

**Факультет** Послевузовского профессионального образования

**Кафедра** Инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

**УТВЕРЖДАЮ:**
Проректор по научной работе
и инновационному развитию
_____ Т.А. Овсянникова
«__06__» ____06____ 20__25__ года

# ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.32 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ (ОРДИНАТУРА)

**Майкоп**

**Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения «Производственной (клинической) практики №1»**

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными** компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- 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 (УК-3)

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными** компетенциями:

**профилактическая деятельность:**

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

**диагностическая деятельность:**

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

**лечебная деятельность:**

- готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

**реабилитационная деятельность:**

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность:
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

**организационно-управленческая деятельность:**

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11)
- готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

**Перечень вопросов к зачету для проведения промежуточной аттестации по практике «Производственная (клиническая) практика № 1»**

1. Принципы организации и проведения диспансеризации лиц с дерматовенерологическими заболеваниями.
2. Законодательные и нормативные акты, регулирующие оказание медицинской помощи пациентам с дерматовенерологическими заболеваниями.
3. Этиология и патогенез дерматитов.
4. Клинические проявления простого дерматита..
5. Клинические проявления аллергического дерматита..
6. Принципы лечения и профилактики фотодерматитов и фотодерматозов.
7. Критерии диагностики пузырных дерматозов.
8. Принципы лечения пузырчатки обыкновенной.
9. Клинические формы псориаза.
10. Принципы лечения псориаза.
11. Лечение чесотки.
12. Диагностика дерматомикозов.
13. Клинические формы красного плоского лишая.
14. Токсикодермия Клиника. Лечение.
15. Многоформная экссудативная эритема. Клиника.Лечение.
16. Показатели тяжести токсикодермий. 17.Эпидемиология, этиология, патогенез красной волчанки.
17. Критерии диагностики красной волчанки.
18. Лечение аногенитальной герпетической вирусной инфекции.
19. Клиническая картина простого и опоясывающего герпеса.
20. Патомимии.
21. Чесотка у детей.
22. Классификация акне.
23. Механизм иммунопатогенеза атопического дерматита.
24. Классификация, кнические проявления пиодермитов.
25. Первичные и вторичные морфологические элементы сыпи при дерматозах. Их связь с гистопатологическими изменениями в эпидермисе и дерме.
26. Импетиго стрептококковое и стрептостафилококковое (вульгарное). Пути инфицирования. Патогенез. Клинические разновидности. Лечение.
27. Фурункулы и фурункулез. Гидраденит. Этиология, патогенез, клиника. Терапия острых и хронических рецидивирующих форм пиодермий. Профилактика пиодермий в быту и на производстве.
28. Туберкулезная волчанка. Этиология и патогенез. Патоморфология люпомы. Клиника и течение. Основные клинические разновидности. Методы диагностики. Принципы лечения и профилактики.
29. Индуративный туберкулез кожи. Этиология и патогенез. Особенности гистоморфологической картины. Клиника и течение. Методы диагностики. Принципы лечения и профилактики.
30. Колликвативный туберкулез кожи. Патогенез. Гистопатология. Клиника и течение. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения и профилактики.
31. Лепра. Возбудитель. Патогенез. Эпидемиология. Распространенность лепры в

разных странах. Клинические разновидности и течение. Прогноз. Клиническая и лабораторная диагностика лепры. Гистоморфология лепромы. Принципы лечения и профилактики.

32. Поверхностная трихофития. Возбудители. Пути передачи. Клиника поражений гладкой кожи, волосистой части головы и ногтей. Хроническая трихофития. Диагностика. Принципы лечения и профилактики в семье и в организованных коллективах.

33. Микроспория. Возбудители. Пути передачи инфекции. Клиника поражений гладкой кожи и волосистой части головы. Методы диагностики. Принципы терапии и профилактики.

34. Руброфития. Возбудитель. Пути передачи. Клиника поражений стоп, гладкой кожи, ногтей. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.

35. Инфильтративно-нагноительная трихофития. Возбудители. Эпидемиология. Клиника, течение. Принципы терапии. Диагностика. Профилактика.

36. Принципы лечения кожных болезней. Системная и локальная терапия дерматозов

37. Кандидозы кожи и слизистых оболочек. Возбудители. Патогенез. Пути распространения инфекции. Клиника. Лечение. Методы диагностики. Профилактика.

38. Чесотка. Возбудитель. Пути передачи инфекции. Клиника, течение, осложнения. Лечение. Профилактика в семье и в организованных коллективах.

39. Герпес простой. Этиология и патогенез. Гистопатология. Пути распространения инфекции, обусловленной возбудителями первого и второго иммунотипа. Клиника и течение. Особенности диагностики при локализации на гениталиях. Лечение. Опоясывающий лишай. Этиология и патогенез. Клинические разновидности. Течение болезни. Лечение.

40. Папилломавирусная инфекция, как дерматологическая и онкологическая проблема. Клинические проявления ПВИ на коже и слизистых оболочках. Остроконечные кондиломы. Этиология. Гистопатология. Пути заражения. Клиника. Лечение. Дифференциальный диагноз от широких кондилом, вульгарных и плоских бородавок.

41. Дерматиты и их причины. Контактные (простые, облигатные) и аллергические дерматиты. Клинические разновидности. Методы диагностики. Лечение.

42. Кожные проявления лекарственной болезни. Токсикодермии (токсидермии). Патогенез. Клинические разновидности. Отличие токсикодермий от лекарственных

43. дерматитов. Лечение.

44. Экзема. Патогенез. Гистопатология острой и хронической экземы. Этапы развития экзематозного процесса. Клиника и течение экземы. Разновидности экземы. Принципы лечения экземы в разных стадиях. Прогноз. Профилактика обострений.

45. Профессиональные дерматозы и профессиональные приметы. Клинические формы и течение профессиональных дерматозов. Методы диагностики. Лечение. Профотбор. Профилактика.

46. Зудящие дерматозы. Кожный зуд. Особенности патогенеза, клиники и течения генерализованных и локализованных форм кожного зуда. Методы лечения. Крапивница острая и хроническая. Этиология и патогенез. Клиника и течение. Лечение

47. Нейродерматозы. Ограниченный нейродермит Видаля. Диффузный хронический нейродермит. Атопический дерматит. Патогенез. Клиника и течение. Прогноз. Принципы местного и общего лечения. Диспансеризация.

48. Инфекционные эритемы. Розовый лишай Жибера. Этиология и патогенез. Патоморфология кожных поражений. Клиника и течение. Дифференциальная диагностика.

Диагноз. Лечение. Многоформная экссудативная эритема. Этиология и патогенез. Инфекционно-аллергическая и токсико-аллергическая формы. Клиника, течение, лечение. Профилактика рецидивов.

49. Красный плоский лишай. Этиология и патогенез. Гистопатология. Клинические разновидности. Течение. Лечение.

50. Псориаз. Морфология и гистопатология высыпаний. Клиника и течение псориаза. Вульгарный псориаз, псориатическая эритродермия и псориатические артриты. Принципы терапии в разных стадиях и при разных формах псориаза.

51. Васкулиты кожи. Классификация. Клинические разновидности. Узловатая эритема. Этиология и патогенез. Острая и хронические формы. Клиника, течение, лечение. Дифференциальный диагноз с индуративным туберкулезом кожи.

52. Себорея. Этиология и патогенез. Клинические и патогенетические разновидности. Осложнения.

53. Акне. Патогенез, классификация. Принципы лечения.

54. Дискоидная красная волчанка. Этиология и патогенез. Клиника, течение, осложнения. Принципы терапии и профилактики рецидивов и обострений. Диспансеризация больных..

55. Системная красная волчанка. Патогенез. Особенности клиники и течения. Методы лабораторной диагностики. Принципы лечения. Диспансеризация больных и методы профилактики рецидивов и обострений.

56. Склеродермия. Этиология и патогенез. Гистоморфология. Очаговая (бляшечная) и системная склеродермия. Клиника, течение. Прогноз. Принципы лечения. Диспансеризация больных, её цели и методы.

57. Герпетиформный дерматоз Дюринга. Этиология и патогенез. Клиника, течение, прогноз. Особенности гистопатологии. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.

58. Пузырчатка акантолитическая (вульгарная). Этиология и патогенез. Патоморфология кожных поражений. Клиника и течение. Прогноз. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Диспансеризация больных, её цели и методы.

59. Неакантолитические пузырчатки. Рубцующийся пемфигоид Левера. Этиология и патогенез. Патоморфология кожных поражений. Клиника и течение. Прогноз. Дифференциальный диагноз с герпетиформным дерматозом Дюринга. Принципы лечения.

60. Невусы. Клинические формы. Признаки малигнизации невусов. Меланома. Её клинические особенности и течение. Методы диагностики. Принципы лечения и профилактики.

61. Базалиома. Патогенез. Гистоморфология базалиом. Клинические разновидности. Течение. Прогноз. Терапия.

62. Плоскоклеточный рак кожи. Гистоморфологические особенности. Условия,

63. способствующие развитию плоскоклеточного рака. Клиническая картина и течение. Прогноз. Принципы терапии

64. Гонококковая инфекция. Возбудитель. Иммунитет при гонорее, реинфекция, рецидив и суперинфекция. Классификация гонореи. Клиника и течение гонорейного уретрита у мужчин. Принципы топической диагностики. Осложнения гонорейного уретрита у мужчин. Эпидидимит и т.д. Методы диагностики. Лечение.

65. Урогенитальный хламидиоз. Возбудитель, его морфологические и биологические особенности. Пути передачи инфекции. Клиника и течение урогенитальных поражений. Осложнения. Принципы диагностики и терапии. Профилактика.

66. Мочеполовой трихомониаз. Возбудитель. Пути передачи инфекции. Клиника и течение трихомониаза. Осложнения. Принципы лабораторной диагностики. Лечение.

67. Бактериальный вагиноз. Клинические проявления. Критерии диагностики. Лечение.

68. Общая характеристика течения приобретенного сифилиса. Пути распространения бледных трепонем в организме. Иммунитет и инфекционная аллергия при сифилисе. Понятие о реинфекции и суперинфекции.

69. Течение сифилиса в первичном периоде: клинические проявления и иммунологические изменения. Твердый шанкр. Клиника и течение. Дифференциальный диагноз. Динамика серологических реакций.

70. Течение сифилитической инфекции во вторичном периоде. Общая характеристика течения. Общая характеристика высыпаний вторичного периода. Гистопатология вторичных сифилидов. Р

71. Течение сифилитической инфекции во вторичном периоде. Общая характеристика течения. Сифилитическая розеола. Симптоматика, течение. Дифференциальный диагноз с высыпаниями при розовом лишае, токсикодермии и отрубевидном лишае.

72. Течение сифилитической инфекции во вторичном периоде. Общая характеристика течения. Папулезный сифилид кожи. Клинические разновидности. Течение сифилитических папул на коже. Гистопатология папулезных сифилидов. Диагноз и дифференциальный диагноз.

73. Сифилитические высыпания в полости рта при первичном и вторичном периоде. Эритематозные и папулезные сифилитические ангины. Клиника, течение, диагноз и дифференциальный диагноз.

74. Вторичные сифилиды гениталий. Клинико-морфологические особенности папулезных высыпаний на гениталиях. Гистопатология. Течение. Дифференциальный диагноз. Широкие кондиломы (вегетирующие сифилитические папулы). Клиника, гистопатология. Диагноз и дифференциальный диагноз.

75. Пигментный сифилид (лейкодерма). Особенности патогенеза, клиники, течения. Дифференциальный диагноз с вторичной лейкодермой после разноцветного лишая. Сифилитические облысения вторичного периода. Дифференциальный диагноз с гнездной плешивостью и дерматофитиями волосистой части головы.

76. Течение сифилиса в третичном периоде. Частота и причины перехода болезни в третичную стадию. Клинические и иммунобиологические изменения в третичном периоде. Диагностика сифилиса в третичном периоде.

77. Бугорковый сифилид кожи и слизистых оболочек. Гистопатология бугоркового сифилида. Клинические разновидности. Течение. Исход. Дифференциальный диагноз с туберкулезной волчанкой. Диагностика.

78. Гуммозные сифилиды кожи. Клинические разновидности, течение и исход гумм кожи. Гистопатология. Дифференциальный диагноз с колликвативным туберкулезом, новообразованиями, лейшманиозом, трофическими язвами. Диагностика сифилиса в третичной стадии.

79. Скрытый (асимптомный) сифилис. Причины асимптомного течения инфекции.

80. Клинико-эпидемиологические разновидности приобретенного скрытого сифилиса. Методы диагностики. Принципы лечения больных сифилисом. Превентивное, профилактическое и пробное лечение. Критерии излечения и снятия с учета.

81. Врожденный сифилис. Пути передачи сифилиса потомству. Сифилис плода. Ранний врожденный сифилис. Поздний врожденный сифилис. Клиника. Течение. Методы диагностики. Профилактика и лечение.

82. Серологическая диагностика сифилитической инфекции. Виды серологических реакций. Иммунологическая сущность. Диагностическая ценность на разных стадиях сифилиса.

83. ВИЧ-инфекция. Эпидемиология. Классификация. Кожные проявления при ВИЧ-инфекции. Саркома Капоши. Особенности течения саркомы Капоши при ВИЧ-инфекции. Диагностика ВИЧ-инфекции.

84. Общая характеристика течения ВИЧ-инфекции у человека. Кожные проявления синдрома приобретенного иммунодефицита, их клинические особенности. «Оппортунистические» инфекции кожи. «Маркерные» заболевания кожи и слизистых оболочек. Диагностика ВИЧ-инфекции.

85. Кожный лейшманиоз (болезнь Боровского). Возбудитель. Пути передачи инфекции. Клиника и течение. Лечение и профилактика.

86. Клинико-эпидемиологические разновидности приобретенного скрытого сифилиса. Методы диагностики. Принципы лечения больных сифилисом. Превентивное, профилактическое и пробное лечение. Критерии излечения и снятия с учета.

87. Врожденный сифилис. Пути передачи сифилиса потомству. Сифилис плода. Ранний врожденный сифилис. Поздний врожденный сифилис. Клиника. Течение. Методы диагностики. Профилактика и лечение.

88. Серологическая диагностика сифилитической инфекции. Виды серологических реакций. Иммунологическая сущность. Диагностическая ценность на разных стадиях сифилиса.

89. ВИЧ-инфекция. Эпидемиология. Классификация. Кожные проявления при ВИЧ-инфекции. Саркома Капоши. Особенности течения саркомы Капоши при ВИЧ-инфекции. Диагностика ВИЧ-инфекции.

90. Общая характеристика течения ВИЧ-инфекции у человека. Кожные проявления синдрома приобретенного иммунодефицита, их клинические особенности. «Оппортунистические» инфекции кожи. «Маркерные» заболевания кожи и слизистых оболочек. Диагностика ВИЧ-инфекции.

91. Кожный лейшманиоз (болезнь Боровского). Возбудитель. Пути передачи инфекции. Клиника и течение. Лечение и профилактика.

**Примерные тестовые задания для проведения текущего контроля знаний**

1. В эпидермисе различают следующие слои
а) базальный
б) шиповидный
в) ретикулярный
г) подкожно-жировой
д) межуточный

2. Дерма представлена
а) коллагеновыми волокнами
б) межуточным веществом
в) подкожно-жировой клетчаткой
г) роговым слоем
д) блестящим слоем

3. Особенности строения эпидермиса детской кожи
а) физиологический паракератоз
б) гиперкератоз
в) выражен зернистый и стекловидный слой
г) отсутствие зернистого слоя
д) в эпидермисе три слоя: базальный, шиповидный, роговой

4. Особенности строения дермы детской кожи
а) преобладание клеток в дерме
б) преобладание волокон в дерме
в) много тучных клеток в дерме
г) сглаженность границы с дермой

5. В слизистой оболочке рта различают структурные компоненты:
а) эпителий
б) роговой слой
в) собственный слой слизистой оболочки
г) подслизистая основа

6. Атопический дерматит (АД) характеризуется:
а) наследственной предрасположенностью
б) хроническим течением
в) поливалентной гиперчувствительностью
г) зудом
д) всем перечисленным

7. Различают следующие возрастные периоды АД
а) младенческий (до 2 лет)
б) подростковый и взрослый (от 13 лет и старше)
в) младший школьный (от 7 до 10 лет)
г) дошкольный (от 2 до 6 лет)
д) детский (от 2 до 13 лет)
8. В зависимости от степени тяжести АД различают
а) легкий АТ
б) диффузный АД
в) непрерывно рецидивирующий АД

г) среднетяжелый АД
д) тяжелый АД

9. Для младенческого АТ характерно
а) экссудативные проявления
б) лихенификация
в) локализация на лице
г) гиперпигментация локтевых сгибов
д) инфильтрация кожи верхней половины туловища

10. К диагностическим критериям АД относятся
а) симптом Дени-Моргана
б) кожный зуд
в) уртикарный дермографизм
г) белый дермографизм
д) эозинофилия в содержимом пузырей

11.Простой контактный дерматит вызывается следующими раздражителями
а) тесной обувью
б) высокой температурой
в) тетрациклиновой мазью
г) концентрированной кислотой
д) кортикостероидной мазью

12. Возможные причины простых контактных дерматитов:
а) трение, давление
б) лучевые факторы
в) прием внутрь лекарств
г) иммунсупрессия
д) моновалентная сенсибилизация к раздражителю

13. Основные клинические признаки простого контактного дерматита
а) четкие границы очага поражения
б) нечеткие границы очага поражения
в) наличие аллергидов
г) жалобы на боль и жжение
д) жалобы на зуд

14. Отличительными особенностями аллергических контактных дерматитов являются:
а) развиваются путем контактной сенсибилизации как реакция замедленного типа
б) аллерген попадает в кожу гематогенно
в) аллерген попадает в кожу извне
г) высыпания выходят за границы контакта аллергена
д) характено наличие поливалентной сенсибилизации

15. Причинами, приводящими к возникновению аллергических дерматитов, могут быть:
а) медикаменты внутривенного и парентерального применения
б) медикаменты наружного применения
в) продукты бытовой химии
г) воздействие высоких температур
д) трение, давление

16. При псориазе возможно поражение всего перечисленного, кроме
а) кожи
б) суставов
в) слизистых оболочек
г) волос
д) ногтей

17. Большое значение в возникновении псориаза имеют все перечисленные факторы, кроме:
а) стрепто-стафилококковой инфекции верхних дыхательных
путей
б) наследственной предрасположенности
в) эндокринных нарушений
г) нарушения центральной, периферической ивегетативной
системы
д) сифилиса у прародителей

18. Для прогрессирующей стадии псориаза характерны все перечисленные проявления, кроме
а) феномена стеаринового пятна
б) терминальной пленки
в) точечного кровотечения
г) феномена Кебнера
д) появления вокруг элементов "псевдоатрофического" ободка Воронова

19. Различают все перечисленные клинические разновидности псориаза, кроме
а) пустулезной
б) артропатической
в) экссудативной
г) псориатической эритродермии
д) дискоидной

20. Псориаз следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
а) сифилиса
б) красного плоского лишая
в) ревматоидного артрита
г) себорейной экземы
д) склеродермии

21. Красный плоский лишай (КПЛ) чаще встречается у
а) женщин от 40 до 60 лет
б) мужчин
в) детей дошкольного возраста
г) лиц пожилого возраста
д) детей школьного возраста

22. Формы КПЛ полости рта:
а) лихеноидная
б) эрозивно-язвенная
в) сквамозная
г) дисгидротическая

д) скутулярная

23. Дифференцировать КПЛ следует с
а) пиодермией
б) актиномикозом
в) чесоткой
г) экземой
д) лейкоплакией

24. Гистопатология КПЛ
а) акантолизис
б) акантоз
в) гранулез
г) инфильтрат в подковной клетчатке
д) папилломатоз

25. При лечении КПЛ полости рта следует назначать
а) цинковую мазь
б) мазь Вилькинсона
в) настойку йода
г) солкосерил
д) йодно-бензойно-салициловый коллодий

26. Для стафилококковых пиодермитов характерно:
а) связь с волосяными фолликулами
б) связь с потовыми железами
в) появление фликтены
г) наличия беловато-розовых шелушащихся пятен
д) правильно а), б)

27. При лечении фурункулов применяется все, кроме
а) антибиотиков широкого спектра
б) чистого ихтиола
в) водных процедур
г) сухого тепла
д) УВЧ

28. Для эпидемической пузырчатки новорожденных характерно все, кроме
а) начала в первые дни жизни ребенка
б) нарушения общего состояния ребенка
в) наличия сифилиса у матери
г) появления пузырей с венчиком гиперемии
д) заразительности для детей

29. Фурункул – это
а) глубокая стрептококковая пустула
б) фликтена
в) воспаление волосяного фолликула и окружающих тканей
г) поверхностная пустула
д) воспаление волосяного фолликула

30. Гидраденит - это воспаление

а) волосяного фолликула
б) апокриновых потовых желез
в) волосяного фолликула и окружающих тканей
г) устья волосяного фолликула
д) трубчатых потовых желез

31. Себорея это:
а) гиперпродукция кожного сала с измененным химическим составом
б) гиперпродукция кожного сала
в) уменьшение образования липидов сальными железами
г) уменьшение образования керамидов рогового слоя и липидов кожного сала
д) все перечисленное верно

32. Различают все перечисленные формы себореи кроме:
а) жидкой
б) густой
в) жирной
г) асбестовидной
д) смешанной

33. С себореей связаны следующие патологические состояния кожи
а) узловато-кистозные угри
б) появление комедонов
в) сухость кожи
г) гипергидроз
д) все перечисленное

34. К гормонам, стимулирующим выделение кожного сала относятся все перечисленные, кроме
а) гормонов коры надпочечников
б) эстрогенов
в) андрогенов
г) прогестерона
д) АКТГ

35. К гормонам, подавляющим салоотделение, относятся
а) андрогены
б) эстрогены
в) прогестерон
г) гормонов коры надпочечников

36. При чесотке сыпи чаще располагаются:
а) в межпальцевых складках
б) в области лучезапястных суставов
в) на волосистой части головы у взрослых
г) на ладонях и подошвах у взрослых
д) верно а), б)

37. Для чесотки характерно наличие:
а) фолликулярных папул, «жемчужных» везикул
б) экскориаций
в) чесоточных ходов

г) верно все, кроме д)
д) волдырей и пузырей

38. Для лечения чесотки применяется все перечисленное, кроме
а) 20 % водно-мыльной эмульсии бензил-бензоата
б) 33 % серной мази
в) 2 % настойки йода
г) 60 % раствор тиосульфата натрия
д) 10 % серно-дегтярной мази

39. Лечение больного чесоткой предусматривает:
а) применение бензил-бензоата 20%
б) применение УФО
в) назначение серной мази 33%
г) исключение острой пищи
д) все выше перечисленное

40. Укажите наиболее частое осложнение чесотки
а) вторичная пиодермия
б) сепсис
в) рубцовая атрофия кожи
г) флегмоны
д) все вышеперечисленные

41. К группе вирусов герпеса относят все перечисленные вирусы, кроме
а) ВПГ (вирус простого герпеса)
б) вируса varicella-zoster
в) вируса Эпштейна-Барр
г) папилломатозного вируса
д) цитомегаловируса

42. Контакт человека с ВПГ-1 происходит
а) к 18 годам
б) к 18 месяцу
в) после полового созревания
г) после 1 года жизни
д) после 1 месяца жизни

43. Контакт человека с ВПГ-2 происходит
а) после полового созревания
б) при начале сексуальной активности
в) в преклонном возрасте
г) к 18 месяцу
д) в период новорожденности

44. Рецидивам вирусной инфекции способствует все перечисленное, кроме
а) переохлаждения
б) перегревания
в) простудных заболеваний
г) соблюдения режима труда и отдыха
д) стрессовых ситуаций

45. Излюбленной локализацией простого герпеса являются все перчисленные участки, кроме
а) крыльев носа
б) разгибательных поверхностей конечностей
в) углов рта
г) красной каймы губ
д) половых органов

46. К провоцирующим факторам возникновения склеродермии относятся все перечисленные, кроме
а) стрессов
б) охлаждения
в) нарушения липидного обмена
г) острых и хронических инфекционных заболеваний
д) инсоляции

47. В патогенезе склеродермии имеет значение все перчисленное, кроме
а) функциональных нарушений фибробластов
б) прогрессирующего фиброза кожи
в) облитерирующего поражения артериол
г) нуклеофагоцитоза в костном мозге
д) зменения метаболизма коллагена

48. Различают все перечисленные формы склеродермии, кроме
а) дискоидной
б) системной
в) линейной
г) бляшечной
д) болезни белых пятен

49. Различают следующие стадии бляшечной склеродермии, кроме
а) уплотнения
б) прогрессирующей
в) воспалительного отека
г) атрофии
д) декомпенсаций

50. Клиническими проявлениями склеродермии является все перчисленное, кроме
а) уплотнения кожи в очагах
б) наличия лилово-розового бордюра по периферии очага
в) псевдоатрофического ободка Воронова
г) атрофии кожи в очагах
д) потери волос в очагах

51. Различают все перечисленные клинические формы красной волчанки, кроме
а) дискоидной
б) инфильтративной
в) диссеминированной
г) глубокой
д) поверхностной (центробежной эритемы)

52. Клиническая картина красной волчанки включает все перечисленные признаки, кроме
а) телеангиоэктазий
б) отека и уплотнения кожи в очагах
в) эритемы
г) фолликулярного гиперкератоза
д) рубцовой атрофии

53. К факторам патогенеза при красной волчанке относятся все перечисленные, кроме
а) образования циркулирующих антиядерных антител
б) повышенной потливости кожи
в) формирования циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)
г) отложения ЦИК в базальных мембранах
д) системного поражения соединительной ткани

54. Диагностическими признаками системной красной волчанки являются все перечисленные, кроме
а) обнаружения LE-клеток в крови
б) симптома Бенье-Мещерского
в) симптома "дамского каблука"
г) симптома Горчакова-Арди
д) симптома Хачатуряна

55. Для поверхностной формы красной волчанки характерно все перечисленное, кроме наличия
а) гиперкератоза в очагах
б) отечного эритематозного пятна
в) центробежного распространения очага
г) атрофии в очагах
д) верно а) и г)

56. Инкубационный период при сифилисе в среднем составляет
а) 20-40 дней
б) 3-5 дней
в) 3 месяца
г) 1 день
д) 6 месяцев

57. Для неосложненного твердого шанкра характерно наличие
а) болезненности
б) плотного инфильтрата в основании
в) гнойного отделяемого
г) склонности к аутоинокуляции
д) подрытых краев

58. Первичная сифилома может осложниться:
а) фимозом
б) парафимозом
в) гангренизацией
г) фагеденизмом
д) все перечисленное верно

59. К атипичным твердым шанкрам относится все перечисленное, кроме
а) шанкра-амигдалита
б) индуративного отека
в) шанкра-панариция
г) мягкого шанкра

60. Твердый шанкр дифференцируют со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
а) шанкриформной пиодермии
б) простого герпеса
в) красного плоского лишая
г) мягкого шанкра
д) гуммозной язвы

61. Кем открыт возбудитель гонореи?
а) Нейссером
б) Шаудиным
в) Гофманом
г) Петерсеном
д) Донне

62. Для реинфекции гонореи характерно все перечисленное, кроме:
а) клинического выздоровления после лечения
б) отсутствие гонококков и нормализация количества лейкоцитов в мазках после лечения
в) указание на половые контакты с нелеченым и/или новым партнером
г) полноценного ранее проведенного лечения
д) сохранения клинических проявлений после лечения

63. Какие микроорганизмы длительное время могут персистировать в трихомонадах?
а) бледная трепонема
б) гонококки
в) вирусы
г) хламидии
д) грибы рода Candida

64. Какими путями осуществляется инфицирование гонококками?
а) половой
б) через предметы туалета, белье
в) при прохождении через родовые пути
г) занос руками в глаза

65. Для свежей гонореи характерно все перечисленное, кроме
а) давности более 2 месяцев
б) острого течения
в) давности до 2 месяцев
г) торпидного течения
д) хронического течения

66. Инкубационный период при ВИЧ-инфекции составляет
а) 3 – 4 недели
б) 7 дней
в) от 3 – 6 недель до 3 – 6 месяцев

г) 1 год
д) 1 месяц

67. Пути передачи ВИЧ-инфекции:
а) половой
б) контактно-бытовой
в) через кровь
г) воздушно-капельный
д) вертикальный

68. Основными группами риска по ВИЧ/СПИД являются
а) потребители инъекционных наркотиков
б) работники коммерческого секса обоего пола
в) спортсмены
г) больные гемофилией
д) гомосексуалисты

69. Опасная концентрация ВИЧ содержится в
а) слюне
б) моче, кале
в) крови, грудном молоке
г) семенной жидкости
д) поте

70. Клинические прознаки СПИДа:
а) саркома Капоши
б) глубокие микозы
в) вирусные инфекции
г) ожирение
д) генерализованный кандидоз

**1-*а,б;* 2-*а,б;* 3- *г,д;* 4-*а,в,г;* 5-*а,в,г;* : 6 - *д;* 7 -*а,б,д;* 8 -*а,г,д*; 9 - *а,в;* 1 0 - *а,б,г;***
**11 – *а,б,г;* 12 – *а,б;* 13 – *а,г;* 14 – *а,в,г;* 15 – *б,в;* 16 – *г;* 17 - *д;* 18 – *д;* 19 – *д;* 20 – *д*; 21 – *а;* 22 - *б;* 23 – *д;* 24 – *б, в, д;* 25 – *г;* 26 – *д;* 27 - *в;* 28 – *в;* 29 – *в;* 30 – *б*; 31 – *а;* 32 - *г;* 33 – *а, б*; 34 – *б*; 35 – *б;* 36 – *д*; 37 - *г, б*; 38 – *в;* 39 – *а, в;* 40 – *а;* 41 – *г;* 42 - *б;* 43 – *а,б*; 44 – *г*; 45 – *б*; 46 – *в*; 47 - *г;* 48 – *а;* 49 – *б, д;* 50 – *в;* 51 – *б;* 52 - *б*; 53 – *б*; 54 – *г;* 55 – *д;* 56 - *а;* 57 - *б;* 58 - *д;* 59 - *г*; 60 - *в*; 61 -*а;* 62 - *д;* 63 - *б;* 64 - *а,б,в,г*; 65 - *а, д;* 66 - *в;* 67 - *а,в,д*; 68 - *а,б,г,д;* 69 - *в, г;* 70 - *а,б,в,д;***

**Ситуационные задачи по «Производственной (клинической) практике №1».**

**Задача № 1.**

Больной Н., 62 лет, пенсионер, работает механизатором. Поступил с жалобами на поражение всего кожного покрова, чувство стягивания кожи, обильное шелушение, слабость, озноб,

Болен 2недели. В анамнезе у больного псориаз в течение 10 лет с редкими обострениями и наличием дежурных бляшек на локтях и коленях. Кроме того, в анамнезе язвенная болезнь 12-п кишки 20-летней давности, вне обострения.

У больного в процессе работы был контакт со смазочными материалами и бензином, после чего появилась гиперемия кожи обоих предплечий. Дерматолог госпитализировал больного в ЦРБ, где кожу предплечий, со слов больного, смазывали 33% серной мазью, после чего покраснела вся кожа, и больной был направлен в РКВД.

При поступлении состояние средней тяжести. Температура 37,8°. Поражение кожи носит универсальный характер: весь кожный покров ярко-красного цвета с бурым оттенком, напряжен. Кожа инфильтрирована, отечна, имеется крупно-пластинчатое шелушение, на ладонях и подошвах кожа резко гиперемирована, инфильтрирована, напряжена, ногти атрофичны, крошатся со свободного края. Периферические лимфоузлы увеличены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Его обоснование?
2. Лечение?
3. Прогноз?

**Эталоны ответов к задаче № 1.**

1. У больного псориатическая эритродермия. В анамнезе - псориаз, спровоцирована эритродермия контактом со смазочными материалами и нерациональной наружной терапией (33% серная мазь).

2. Лечение больного следует начать с больших доз кортикостероидов в инъекционной форме с учетом наличия язвенной болезни 12-п кишки в анамнезе (90 мг преднизолона в сутки и кеналог-40 1,0 в/м - 1 раз в неделю, препараты калия, бессолевая диета, инфузионная терапия (детоксикационная) - гемодез, реополиглюкин, физраствор) через день внутривенно капельно по 400,0. Возможно подключение цитостатиков - метотрексата по 0,0005г внутримышечно -7 дней под контролем ОАК, перерыв 5 дней, при необходимости цикл повторить. Гепатотропные препараты - эссенциале, лив-52, контроль сахара крови, ПТИ, артериального давления, ФГС для контроля состояния язвы. Наружно - ланолиновый крем с кортикостероидными мазями. Соскоб с языка на грибы рода кандида.

3. Прогноз - для жизни благоприятный, но лечение будет длительным, возможна инвалидизация больного, развитие осложнений на фоне длительного приема больших доз кортикостероидов.

**Задача № 2.**

Больной В., 36 лет, поступил с жалобами на наличие высыпаний на волосистой части головы, туловище, конечностях, которые появились 10 ноября после переохлаждения. Болен 5 лет, но такие высыпания появились впервые. Аналогичным заболеванием страдает дядя.

Поражение носит распространенный характер. На волосистой части головы, груди, спине, ягодицах, разгибательных поверхностях конечностей имеются папулы ярко-красного цвета, размерами 0,2 х 0,2 до 0,7 х 0,7см, местами сливающиеся в бляшки 2х3 и 3х4 см, по периферии элементов выражен венчик роста. На поверхности папул и бляшек – массивные чешуе-корки. Псориатическая триада вызывается. Феномен Кебнера

положителен. Ногти кистей и стоп с наперстковидной истыканностью, грязно-серого цвета с подногтевым гиперкератозом.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Профилактика?

**Эталоны ответов к задаче № 2.**

1. У больного диссеминированный экссудативный псориаз, прогрессирующая стадая, осенне-зимняя форма.

2. Лечение: десенсибилизирующие, антигистаминные, мочегонные, препараты калия, гемодез 400,0 внутривенно 2 раза в неделю, затем присоединение иммуностимулирующих средств – пирогенал, аутогемотерапия, витаминотерапия. Наружно- 3% серная мазь. Физиолечение: элекросон в прогрессирующей стадии. Общее УФО в регрессивной стадии.

3. Диспансерное наблюдение у дерматолога, избегать переохлаждения и стрессов, противорецидивное лечение осенью (витаминотерапия, иммуностимуляторы, общее УФО).

**Задача №3.**

Больной Б., 62 лет, пенсионер, работал строителем, заболел остро. Много лет страдает гипертонической болезнью. На месте укола 25% раствора сернокислой магнезии появились зудящие высыпания, постепенно сыпь распространилась по всему телу. Обратился к дерматологу по месту жительства. В связи с выраженностью зуда и подозрением на чесотку больной был обработан 20% раствором бензил-бензоата – без эффекта. Больной был направлен в КВД.

При поступлении: жалобы на сильный зуд. Больной правильного телосложения, резко повышенного питания – вес 103 кг при росте 178 см. Общее состояние удовлетворительное. Органы дыхания без патологии. Артериальное давление 180/90 мм рт. ст. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, живот вздут, болезненный по ходу толстой кишки. Дермографизм красный, стойкий. Эмоционально лабилен. ОАК и ОАМ в норме, сахар крови 8,0 ммоль/л, тимоловая проба 5 ед, остальные биохимические показатели крови в норме. КСР отрицателен. Состоит на учете у терапевта по поводу гипертонической болезни. Повышение сахара в крови выявлено впервые.

Поражение кожи носит распространенный характер. Поражена кожа туловища, конечностей, половых органов, где имеются папулы размерами 3х3, 4х4 мм, сливающиеся в бляшки на коже поясницы, ягодиц, передней поверхности голеней, сгибательных поверхностей предплечий. Папулы и бляшки темно-красного цвета с синюшным оттенком, некоторые элементы имеют пупкообразное вдавление в центре, характерный блеск при боковом освещении, на поверхности папул после смазывания растительным маслом – сетка Уикхема. Феномен Кебнера положителен: имеется высыпание папул на местах расчесов в области ягодиц и на местах инъекций. Шелушение в области высыпаний не выражено. Субъективно: сильный зуд, лишающий сна. На слизистой щек по линии смыкания зубов имеются эрозии, вокруг которых на гиперемированном отечном основании располагаются в виде рисунка мелкие беловато-серые папулы. Эрозии полигональной формы и неправильных очертаний, покрыты фибринозным налетом, малоболезненны.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Лечение?

4. Прогноз?

**Эталоны ответов к задаче № 3.**

1. У больного: Распространенный красный плоский лишай с эрозивной формой поражения слизистой полости рта в сочетании с сахарным диабетом и гипертонической болезнью (Синдром Гриншпана).

2. У данного больного высыпания КПЛ следует дифференцировать с папулезным сифилидом. При сифилисе папулы имеют округлую форму, медно- красный цвет, шелушатся по периферии по типу воротничка Биетта, могут сопровождаться мокнутием, характерен полисклераденит и положительные КСР. Зуд не характерен. На слизистых сифилитические папулы крупные, округлой или овальной формы, поверхность их покрыта серовато-белым налетом, который снимается, на поверхности обнаруживаются бледные трепонемы, КСР положителен.

Высыпания на слизистой полости рта следует дифференцировать с лейкоплакией, при этом следует учитывать, что на слизистой щек имеется ороговение в виде сплошной бляшки серовато-белого цвета, нет рисунчатого характера поражения, очаг имеет форму треугольника, вершиной обращенной вглубь рта, очаг имеет вид серовато-белой, как бы налепленной пленки, которая не снимается. При кандидозе слизистой рта образуются очаги с белесоватым творожистым налетом, плотноватой, легко снимающейся пленкой, в которой микроскопически обнаруживаются скопления почкующихся дрожжевых клеток и нитей псевдомицелия.

Эрозивную форму КПЛ следует дифференцировать с эрозиями при пузырчатке. Положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках акантолитических клеток, а при КПЛ присутствие характерных папулезных элементов на слизистой полости рта и коже помогает в правильной диагностике.

Папулезные высыпания при псориазе - розово-красного цвета, сливаются в крупные бляшки, преимущественная локализация - на разгибательных поверхностях конечностей, покрыты серебристо-белыми чешуйками, положительна триада Ауспица, слизистые оболочки поражаются редко (у 2% больных).

3. У данного больного лечение следует начинать с обследования у эндокринолога, назначения противодиабетической диеты, и по рекомендации эндокринолога - одного из противодиабетических препаратов. Следует контролировать АД, применять гипотензивные средства. Проконсультировать больного у гастроэнтеролога, лечить патологию ЖКТ (фестал, метионин, липокаин, эссенциале) длительно.

Кортикостероиды данному больному противопоказаны (сахарный диабет, лишний вес). Показаны антигистаминные препараты, водорастворимый пенициллин (12 млн ЕД на курс). Физиотерапия противопоказана в связи с повышением АД. Наружно: кортикостероидные мази, взбалтываемые взвеси, 0,5% раствор ментола, на слизистую рта - желе солкосерила.

4. Данное заболевание имеет хронический характер и может продолжаться годами. У данного больного большое значение имеет лечение соматической патологии.

**Задача № 4.**

Больной А., 20 лет, шофер. Обратился в поликлинику КВД с жалобами на наличие высыпаний на коже туловища, стоп и кистей. Болен в течение 1 месяца, через 2 недели после командировки появился зуд, усиливающийся ночью, заметил высыпания в межпальцевых складках кистей и на туловище. Не лечился. Живет один.

При осмотре: высыпания носят распространенный характер: на коже передне-боковых поверхностей туловища, ягодицах, бедрах имеются фолликулярные папулы, папуловезикулы, экскориации, покрытые геморрагическими корочками, геморрагические корочки имеются на разгибательных поверхностях локтевых суставов. На сгибательной поверхности лучезапястных суставов имеются «жемчужные везикулы»

величиной с булавочную головку. На коже кистей, половых органов имеются слегка возвышающиеся над кожей линии грязно-серого цвета (ходы) с темной точкой на слепом конце («возвышение Базена»). При нанесении йода на «ход» становятся видны черноватые точки, расположенные на одинаковом расстоянии друг от друга. На мошонке и половом члене имеются инфильтрированные, сильно зудящие папулы диаметром 0,5 см красновато-коричневого цвета. Лицо и волосистая часть головы свободны от высыпаний.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие диагностические симптомы подтверждают диагноз?
3. Лабораторное подтверждение диагноза?
4. Назначьте лечение больному.
5. Какова методика текущей дезинфекции в очаге?

**Эталоны ответов к задаче № 4.**

1. У больного чесотка.

2. Имеются чесоточные ходы (после обработки йодом выглядят в виде пунктирной линии), симптом Горчакова (геморрагические корочки на разгибательных поверхностях локтевых суставов), «жемчужные» везикулы в области запястий, скабиозные узелки на гениталиях, зуд, усиливающийся ночью, отсутствие высыпаний на лице и волосистой части головы.

3. Диагноз чесотки должен быть подтвержден нахождением чесоточного клеща в соскобах с чесоточных ходов после обработки их 40% раствором молочной кислоты.

4. В соответствии с приказом № 162 при лечении чесотки возможно применение 20% эмульсии бензил-бензоата в 1 и 4 дни лечения, в вечернее время после душа. Обязательна смена нательного и постельного белья при каждой обработке. Кроме того, возможно применение медифокса в течение 3-х дней, или спрегаля однократно с экспозицией не менее 12 часов, серной мази 33% в течение 5 дней.

5. Нательное и постельное белье обеззараживается кипячением в 1-2% растворе соды или стирального порошка в течение 5-7 минут, верхнюю одежду можно прогладить утюгом. В скабиозориях нательное белье больных обрабатывается в дезокамере. Вещи, не подлежащие термической обработке, могут быть вывешены на открытый воздух на 3 дня. Для обработки вещей может быть использован спрей А-ПАР (перчатки, меха), возможно использование вещей через 2 часа после обработки.

**Задача № 5.**

Военнослужащий 21 год получал триметоприм / сульфаметоксазол (ТМП/СМК) по поводу боли в горле. Через 2 суток после начала лечения появились красные блюдцеобразные высыпания на конечностях, далее начали появляться единичные везикулы, пузыри на губах и слизистой оболочке рта. Больной лечился ТМП/СМК 5 лет назад без побочных эффектов.

Физикальное обследование. На момент осмотра температура 39 С; пульс 120 /мин, ЧД 30/мин, АД 120/78 мм.рт.ст. Кожа: множество круглых красных пятен, напоминающих мишень. Центральная часть пятен цианотична, в центре некоторых элементов располагаются папулы и везикулы. Периферический ободок красного цвета. На губах – множественные везикулы и пузыри, на слизистой оболочке рта - эрозии, образовавшиеся при разрыве пузырей.

Дополнительные исследования: общий анализ крови, биохимические показатели функции печени и почек, обзорная рентгенография грудной клетки, общий анализ мочи - без патологии. Биопсия кожи: вакуолизация клеток базального слоя эпидермиса, фокусный некроз, некроз отдельных кератиноцитов, выраженный отек сосочкового слоя дермы, незначительная лимфогистиоцитарная инфильтрация дермы.

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение целесообразно назначить?

**Эталоны ответов к задаче № 5.**

1. Синдром Стивенса - Джонсона, вызванный приемом ТМП/СМК.

Синдром Стивенса – Джонсона характеризуется мишеневидными элементами, везикулами и пузырями. Характерно поражение слизистых оболочек. Возможна лихорадка. Часто наблюдают буллезную сыпь на губах и слизистой оболочке рта, как у нашего больного. Отслойка эпидермиса возникает на 10-20% поверхности тела (симптом Никольского положительный).

2. При синдроме Стивенса-Джонсона показана симптоматическая терапия. Проводят тщательную обработку пораженной кожи, инфузионную терапию, лечат инфекционные осложнения. Лечение лучше всего проводить в ожоговом отделении. Препарат, вызвавший заболевание, немедленно отменяют. Не следует назначать препараты той же группы. В обсуждаемом случае было поражено 20% площади поверхности тела, что послужило причиной госпитализации в ожоговое отделение. ТМП/СМК немедленно отменили. Активная инфузионная терапия и обработка пораженных участков кожи привели к выздоровлению с минимальным образованием рубцов.

**Задача № 6**

К дерматологу обратился М. 29 лет с жалобами на обильное выпадение перхоти, образованием желтоватых чешуек, корок, зуд пораженных участков кожи головы. После мытья голова быстро становится жирной (за сутки). Голову моет 2-3 раза в неделю. Других лечебных мероприятий не проводил.

1. Предварительный диагноз.
2. Объясните патогенез данного заболевания.
3. Назначьте необходимое лечение.

**Эталон ответа к задаче №6**

1. Себорея волосистой части головы. Жирная форма.
2. В развитии жидкой себореи ведущую роль играют функциональные расстройства вегетативной нервной системы. Нарушение секреции сальных желез при этой форме себореи характеризуется главным образом увеличением количества выделяемого кожного сала и в меньшей степени качественными его изменениями. Последние выражаются в снижении количества свободных низших жирных кислот с числом углеродных атомов в цепи от Сг до С13, обладающих, как предполагают, фунгицидными и бактерицидными свойствами, и в увеличении количества свободных высших жирных кислот.
3. В случае поражения волосистой части головы прописываются шампуни с содержанием дегтя, цинка, салициловой кислоты и кетоконазола. Применение должно производиться не реже двух раз в неделю до окончательной ликвидации себореи, притом не менее месяца. После излечения рекомендуется профилактическое использование шампуня не реже одного раза в две недели. Возможно размягчение чешуек с помощью масел и дальнейшем применении кетоконазолового шампуня.

В случае, если эта терапия не возымела действия, добавляют гормональные мази, а также возможно назначение противогрибковых препаратов внутрь на протяжении одной недели: Флуконазол, Тербинафин, Кетоконазол, Изотретиноин. Длительность курса — 4 недели.

В комплекс входят также витамины, успокоительные, препараты для нормализации функций желудочно-кишечного тракта и противоаллергенные.

**Задача № 7**

На приеме у дерматолога больная 42 лет с жалобами на появление после нервного потрясения обильной сыпи, сопровождающейся зудом. Больна 10 дней. При осмотре: на туловище, передней поверхности голеней имеются многочисленные плоские папулезные высыпания полигональной формы, синюшно – красного цвета, с гладкой блестящей поверхностью, с пупковидным вдавлением в центре. Выставлен диагноз: красный плоский лишай.

Вопросы:

1. Дайте определение описанному элементу сыпи.
2. Какой основной гистопатологический процесс характерен для папул при этом заболевании?

**Эталоны ответов к задаче № 7**

1. Папула является первичным морфологическим элементом сыпи, представляет собой ограниченное возвышающееся уплотнение кожи, не имеющее полости.
2. Основной гистопатологический процесс, наблюдающийся в папулах красного плоского лишая – неравномерный гипергранулез.

**Задача № 8**

По поводу ангины больному был назначен тетрациклин, который он неоднократно принимал ранее. На второй день после начала приема антибиотика на коже появилась пятнистые высыпания, сопровождающиеся зудом.

Вопросы:

1. Дайте определение описанному морфологический элемент сыпи.
2. На основании каких данных устанавливается диагноз кожного заболевания?

**Эталоны ответов к задаче № 8**

1. Пятно представляет собой изменение окраски кожи на ограниченном участке.
2. Диагноз кожного заболевания устанавливается на основании анамнестических данных, жалоб больного, осмотра кожи, обследования общего состояния больного.

**Задача № 9**

У больной 35 лет после сильного нервного переживания на тыле кистей появились участки покраснения и отека с последующим образованием на этом фоне мелких воспалительных папул, пузырьков, эрозий с обильным выделением серозной жидкости. Процесс сопровождался сильным зудом.

Вопросы:

1. Назовите субъективные и объективные симптомы болезни.
2. Назовите, что могло стать причинным фактором для возникновения дерматоза?

**Эталоны ответов к задаче № 9**

1. К субъективным симптомам относят проявления болезни, которые ощущает больной, в данном случае – зуд.

К объективным – изменения, которые врач находит на коже, то есть морфологические элементы сыпи. В данном задании - воспалительные папулы, пузырьки, эрозии на фоне покраснения и отека кожи.

2. Причиной возникновения дерматоза могло быть сильное нервное переживание.

**Задача № 10**

В клинику поступил больной 19 лет с жалобами на зуд кожи и наличие высыпаний в области подколенных и локтевых сгибов. Болен с 6-месячного возраста. Обострение кожного процесса отмечается после употребления шоколада, апельсинов, на фоне простудных заболеваний, при интенсивных физических нагрузках, сопровождающихся повышенным потоотделением.

Объективно: кожа сухая, покрыта большим количеством чешуек, дермографизм белый стойкий. Имеется складка нижнего века (симптом Дени-Моргана), хейлит, проявляющийся застойной эритемой, инфильтрацией и шелушением красной каймы губ с наличием радиарных бороздок. На коже в области коленных и локтевых сгибов, тыла кистей, задней и боковых поверхностей шеи имеются очаги лихенификации с экскориациями, покрытыми геморрагическими корочками.

1. Ваш диагноз?
2. План лечения?
3. Профилактика?

**Эталоны ответов к задаче № 10**

1. Атопический дерматит, эритематозно-сквамозная с лихенизацией форма, стадия обострения.

2. Антигистаминные, десенсибилизирующие (натрия тиосульфат) препараты,

нтеросорбенты внутрь (полифепан, полисорб). Местно элоком, элидел, бальзам для губ.

3. Диспансерный учет, исключение провоцирующих обострение факторов, применение увлажняющих средств на кожу (липикар бальзам, эмольянт экстрем, иктиан молочко для тела, топикрем и др.). Санаторно-курортное лечение в теплое время года.

**Задача № 11**

На прием к участковому врачу обратился пациент 40 лет с жалобами на недомогание, сыпь по кожному покрову, сопровождающуюся зудом. Высыпания на коже появились 2 дня назад после приема аспирина.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Профилактика?

**Эталоны ответов к задаче №12**

1. Медикаментозная токсикодермия.

2. Отменить приема аспирина. Рекомендовано обильное питье, назначение антигистаминных, десенсибилизирующих препаратов, энтеросорбентов. Местно - взбалтываемая взвесь.

3. Профилактика – исключить прием аспирина.

**Задача № 12**

Больная С., 49 лет. Поступила в клинику 20/1 2004 г. с жалобами на поражение кожного покрова и слизистой оболочки ротовой полости. Данное заболевание возникло 18/1 2004 г. на 10-й день лечения мономицином по поводу хронической пневмонии. Состояние больной средней тяжести, температура—39,6°, пульс—102 удара в минуту, частота дыхания — 46, артериальное давление 100/70 мм рт. ст. Поражение кожи захватывает примерно 50—60% кожного покрова. В средней части туловища, на ягодицах и бедрах поражение проявляется диффузной эритемой с изолированно расположенными пузырями; в верхней части туловища, на лице, плечах и в крупных складках кожи — отдельными очагами эритемы с эрозиями и пузырями. Положительный

симптом П. В. Никольского в окружности эрозий. На слизистой полости рта — покраснение, эрозии. Миндалины отечны и гиперемированы. На языке — сероватый пленчатый налет. На месте инъекций мономицина, на правой ягодице, расположен массивный багровый инфильтрат с некрозом в центре. В легких сухие хрипы. Со стороны сердца и других внутренних органов патологии не выявлено.

Анализ крови от 21/1 2004 г.: гем — 14,5 г%, Э — 5,2 млн., Л — 6400, э —0, СОЭ —27 мм/ч; от 25/1 2004 г.: гем — 14,2 г%, Э — 5,5 млн., Л — 11400, базофилов — 2%, эозинофилов — 4%, СОЭ — 35 мм/ч. Суточное количество мочи — 1380 мл. В моче — 0,12%о белка.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Прогноз?

**Эталоны ответов к задаче № 12**

1. Диагноз: токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла), феномен Артюса. Правосторонняя интерстициальная пневмония.

2. Отменить инъекции мономицина. Назначить преднизолон по 60 мг в сутки внутримышечно и внутривенно, капельные вливания физиологического раствора, 5% раствора глюкозы, обильное питье, наружные средства.

3. Выздоровление. В будущем при необходимости назначения антибиотиков – не применять мономицин.

**Задача № 13**

Больной С. 34 года обратился к участковому терапевту с жалобами на сильную пекущую боль в левой половине грудной клетки, которая появилась три дня назад после переохлаждения; на высокую температуру тела (до 39°С). Принимал жаропонижающие, обезболивающие мази – без эффекта. Вчера вечером появилась сыпь в левой половине грудной клетки спереди в области ребер. Сыпь с пузырями различных размеров с кровянистым содержимым.

1. Предварительный диагноз.
2. Объясните патогенез данного заболевания.
3. Назначьте необходимое лечение.

**Эталон ответа к задаче №13**

1. Опоясывающий лишай, геморрагическая форма.
2. Вирус нейродерматотропный, то есть может поражать клетки нервной системы и эпителия кожи. Первично или после перенесенной ветряной оспы вирус через кожу и слизистые, далее по кровеносной и лимфатической системам проникает в межпозвоночные узлы и задние корешки спинного мозга, где он может длительное время сохраняться в латентном состоянии, как и родственный ему вирус простого герпеса.
3. Противовирусные средства: ацикловир, валацикловир и фамцикловир.

Обезболивающие средства: Парацетамол, Ибупрофен, Кетанов.

При пост-герпетической невралгии - средства на основе капсаицина: габапентин и прегабалин. Кортикостероиды

**Задача № 14**

К участковому педиатру обратилась женщина с ребенком в возрасте 4 месяцев с жалобами на высыпания на коже лица, сухость и шелушение в области плеч, на зуд кожи. Начало заболевания отмечает с 3-х месячного возраста после перехода с грудного на

цельное молоко. У ребенка появилась преходящая гиперемия щек, усиливающаяся в вечернее время. Не смотря на хороший уход, трудно было справляться с опрелостями, которые стали появляться в подмышечных впадинах и на шее. Через две недели, после введения прикорма в виде манной каши, которую ребенок получал 3-4 раза в день, произошло обострение процесса: на щеках появилась ярко выраженная папулезная сыпь, зуд. Периодически сыпь появлялась и в области лучезапястных суставов. Кожа в области плеч стала сухой, отмечалось шелушение. Лечение не проводилось.

1. Предварительный диагноз.
2. Объясните патогенез данного заболевания.
3. Назначьте необходимое лечение.

**Эталон ответа к задаче №14**

1. Аллергический конституциональный дерматит, распространенная форма, манифестная фаза.
2. Наиболее существенной особенностью детей с дерматоаллергозами экзогенной неинфекционной природы является нарушение иммунологической толерантности по отношению к антигенным воздействиям и биологически активным веществам. В формировании толерантности к антигенам, поступающим в организм извне, условно можно выделить два главных механизма, работающих строго совместно. Первый – иммунная эксклюзия антигенов, в которой ведущую роль играет местный секреторный иммунитет, дополняемый неиммунологическими механизмами элиминации и разрушении антигена. Второй – системная толерантность по отношению к тем часто не большим количествам антигенов, которые проникают через барьеры слизистых оболочек.
3. Выделяют 4 группы мероприятий: элиминацию аллергена, иммунотерапию, применение средств. Предупреждающих выброс биологически активных веществ из клеток и лечение уже развившихся аллергическич реакций.

I. Организация режима антигенного щажения: обеспечение условий гипоаллергеного быта, устранение источников эндогенной сенсибилизации.

II. Элиминационные мероприятия слагаются из ряда моментов, из которых на первом плане стоит диетотерапия.

III. Патогенетическая терапия: антигистаминные препараты. Тавегил, Супрастин, Димедрол, Пипольфен, Лоратодин.

IV. Местное лечение: Мазь с димедролом и анастезином, глюкокортикоидные и глюкокортикостероидные мази, низкоактивные кортикостероиды в комбинации с антибиотиками в виде мазей.

**Задача № 15**

Больной Н., 62 лет, пенсионер, работает механизатором. Поступил с жалобами на поражение всего кожного покрова, чувство стягивания кожи, обильное шелушение, слабость, озноб,

Болен 2недели. В анамнезе у больного псориаз в течение 10 лет с редкими обострениями и наличием дежурных бляшек на локтях и коленях. Кроме того, в анамнезе язвенная болезнь 12-п кишки 20-летней давности, вне обострения.

У больного в процессе работы был контакт со смазочными материалами и бензином, после чего появилась гиперемия кожи обоих предплечий. Дерматолог госпитализировал больного в ЦРБ, где кожу предплечий, со слов больного, смазывали 33% серной мазью, после чего покраснела вся кожа, и больной был направлен в РКВД.

При поступлении состояние средней тяжести. Температура 37,8°. Поражение кожи носит универсальный характер: весь кожный покров ярко-красного цвета с бурым оттенком, напряжен. Кожа инфильтрирована, отечна, имеется крупно-пластинчатое

шелушение, на ладонях и подошвах кожа резко гиперемирована, инфильтрирована, напряжена, ногти атрофичны, крошатся со свободного края. Периферические лимфоузлы увеличены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Его обоснование?
2. Лечение?
3. Прогноз?

**Эталоны ответов к задаче № 16**

1. У больного псориатическая эритродермия. В анамнезе - псориаз, спровоцирована эритродермия контактом со смазочными материалами и нерациональной наружной терапией (33% серная мазь).

2. Лечение больного следует начать с больших доз кортикостероидов в инъекционной форме с учетом наличия язвенной болезни 12-п кишки в анамнезе (90 мг преднизолона в сутки и кеналог-40 1,0 в/м - 1 раз в неделю, препараты калия, бессолевая диета, инфузионная терапия (детоксикационная) - гемодез, реополиглюкин, физраствор) через день внутривенно капельно по 400,0. Возможно подключение цитостатиков - метотрексата по 0,0005г внутримышечно -7 дней под контролем ОАК, перерыв 5 дней, при необходимости цикл повторить. Гепатотропные препараты - эссенциале, лив-52, контроль сахара крови, ПТИ, артериального давления, ФГС для контроля состояния язвы. Наружно - ланолиновый крем с кортикостероидными мазями. Соскоб с языка на грибы рода кандида.

3. Прогноз - для жизни благоприятный, но лечение будет длительным, возможна инвалидизация больного, развитие осложнений на фоне длительного приема больших доз кортикостероидов.

**Задача № 17**

Больной В., 36 лет, поступил с жалобами на наличие высыпаний на волосистой части головы, туловище, конечностях, которые появились 10 ноября после переохлаждения. Болен 5 лет, но такие высыпания появились впервые. Аналогичным заболеванием страдает дядя.

Поражение носит распространенный характер. На волосистой части головы, груди, спине, ягодицах, разгибательных поверхностях конечностей имеются папулы ярко-красного цвета, размерами 0,2 х 0,2 до 0,7 х 0,7см, местами сливающиеся в бляшки 2х3 и 3х4 см, по периферии элементов выражен венчик роста. На поверхности папул и бляшек – массивные чешуе-корки. Псориатическая триада вызывается. Феномен Кебнера положителен. Ногти кистей и стоп с наперстковидной истыканностью, грязно-серого цвета с подногтевым гиперкератозом.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Профилактика?

**Эталоны ответов к задаче № 17**

1. У больного диссеминированный экссудативный псориаз, прогрессирующая стадая, осенне-зимняя форма.

2. Лечение: десенсибилизирующие, антигистаминные, мочегонные, препараты калия, гемодез 400,0 внутривенно 2 раза в неделю, затем присоединение иммуностимулирующих средств – пирогенал, аутогемотерапия, витаминотерапия. Наружно- 3% серная мазь. Физиолечение: элекросон в прогрессирующей стадии. Общее УФО в регрессивной стадии.

3. Диспансерное наблюдение у дерматолога, избегать переохлаждения и стрессов, противорецидивное лечение осенью (витаминотерапия, иммуностимуляторы, общее УФО).

**Задача №18**

Больной Б., 62 лет, пенсионер, работал строителем, заболел остро. Много лет страдает гипертонической болезнью. На месте укола 25% раствора сернокислой магнезии появились зудящие высыпания, постепенно сыпь распространилась по всему телу. Обратился к дерматологу по месту жительства. В связи с выраженностью зуда и подозрением на чесотку больной был обработан 20% раствором бензил-бензоата – без эффекта. Больной был направлен в КВД.

При поступлении: жалобы на сильный зуд. Больной правильного телосложения, резко повышенного питания – вес 103 кг при росте 178 см. Общее состояние удовлетворительное. Органы дыхания без патологии. Артериальное давление 180/90 мм рт. ст. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, живот вздут, болезненный по ходу толстой кишки. Дермографизм красный, стойкий. Эмоционально лабилен. ОАК и ОАМ в норме, сахар крови 8,0 ммоль/л, тимоловая проба 5 ед, остальные биохимические показатели крови в норме. КСР отрицателен. Состоит на учете у терапевта по поводу гипертонической болезни. Повышение сахара в крови выявлено впервые.

Поражение кожи носит распространенный характер. Поражена кожа туловища, конечностей, половых органов, где имеются папулы размерами 3х3, 4х4 мм, сливающиеся в бляшки на коже поясницы, ягодиц, передней поверхности голеней, сгибательных поверхностей предплечий. Папулы и бляшки темно-красного цвета с синюшным оттенком, некоторые элементы имеют пупкообразное вдавление в центре, характерный блеск при боковом освещении, на поверхности папул после смазывания растительным маслом – сетка Уикхема. Феномен Кебнера положителен: имеется высыпание папул на местах расчесов в области ягодиц и на местах инъекций. Шелушение в области высыпаний не выражено. Субъективно: сильный зуд, лишающий сна. На слизистой щек по линии смыкания зубов имеются эрозии, вокруг которых на гиперемированном отечном основании располагаются в виде рисунка мелкие беловато-серые папулы. Эрозии полигональной формы и неправильных очертаний, покрыты фибринозным налетом, малоболезненны.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Лечение?
4. Прогноз?

**Эталоны ответов к задаче № 18**

1. У больного: Распространенный красный плоский лишай с эрозивной формой поражения слизистой полости рта в сочетании с сахарным диабетом и гипертонической болезнью (Синдром Гриншпана).

2. У данного больного высыпания КПЛ следует дифференцировать с папулезным сифилидом. При сифилисе папулы имеют округлую форму, медно- красный цвет, шелушатся по периферии по типу воротничка Биетта, могут сопровождаться мокнутием, характерен полисклераденит и положительные КСР. Зуд не характерен. На слизистых сифилитические папулы крупные, округлой или овальной формы, поверхность их покрыта серовато-белым налетом, который снимается, на поверхности обнаруживаются бледные трепонемы, КСР положителен.

Высыпания на слизистой полости рта следует дифференцировать с лейкоплакией, при этом следует учитывать, что на слизистой щек имеется ороговение в виде сплошной

бляшки серовато-белого цвета, нет рисунчатого характера поражения, очаг имеет форму треугольника, вершиной обращенной вглубь рта, очаг имеет вид серовато-белой, как бы налепленной пленки, которая не снимается. При кандидозе слизистой рта образуются очаги с белесоватым творожистым налетом, плотноватой, легко снимающейся пленкой, в которой микроскопически обнаруживаются скопления почкующихся дрожжевых клеток и нитей псевдомицелия.

Эрозивную форму КПЛ следует дифференцировать с эрозиями при пузырчатке. Положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках акантолитических клеток, а при КПЛ присутствие характерных папулезных элементов на слизистой полости рта и коже помогает в правильной диагностике.

Папулезные высыпания при псориазе - розово-красного цвета, сливаются в крупные бляшки, преимущественная локализация - на разгибательных поверхностях конечностей, покрыты серебристо-белыми чешуйками, положительна триада Ауспица, слизистые оболочки поражаются редко (у 2% больных).

3. У данного больного лечение следует начинать с обследования у эндокринолога, назначения противодиабетической диеты, и по рекомендации эндокринолога - одного из противодиабетических препаратов. Следует контролировать АД, применять гипотензивные средства. Проконсультировать больного у гастроэнтеролога, лечить патологию ЖКТ (фестал, метионин, липокаин, эссенциале) длительно.

Кортикостероиды данному больному противопоказаны (сахарный диабет, лишний вес). Показаны антигистаминные препараты, водорастворимый пенициллин (12 млн ЕД на курс). Физиотерапия противопоказана в связи с повышением АД. Наружно: кортикостероидные мази, взбалтываемые взвеси, 0,5% раствор ментола, на слизистую рта - желе солкосерила.

4. Данное заболевание имеет хронический характер и может продолжаться годами. У данного больного большое значение имеет лечение соматической патологии.

**Задача № 19**

Больной А., 20 лет, шофер. Обратился в поликлинику КВД с жалобами на наличие высыпаний на коже туловища, стоп и кистей. Болен в течение 1 месяца, через 2 недели после командировки появился зуд, усиливающийся ночью, заметил высыпания в межпальцевых складках кистей и на туловище. Не лечился. Живет один.

При осмотре: высыпания носят распространенный характер: на коже передне-боковых поверхностей туловища, ягодицах, бедрах имеются фолликулярные папулы, папуловезикулы, экскориации, покрытые геморрагическими корочками, геморрагические корочки имеются на разгибательных поверхностях локтевых суставов. На сгибательной поверхности лучезапястных суставов имеются «жемчужные везикулы» величиной с булавочную головку. На коже кистей, половых органов имеются слегка возвышающиеся над кожей линии грязно-серого цвета (ходы) с темной точкой на слепом конце («возвышение Базена»). При нанесении йода на «ход» становятся видны черноватые точки, расположенные на одинаковом расстоянии друг от друга. На мошонке и половом члене имеются инфильтрированные, сильно зудящие папулы диаметром 0,5 см красновато-коричневого цвета. Лицо и волосистая часть головы свободны от высыпаний.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие диагностические симптомы подтверждают диагноз?
3. Лабораторное подтверждение диагноза?
4. Назначьте лечение больному.
5. Какова методика текущей дезинфекции в очаге?

**Эталоны ответов к задаче № 20**

1. У больного чесотка.

2. Имеются чесоточные ходы (после обработки йодом выглядят в виде пунктирной линии), симптом Горчакова (геморрагические корочки на разгибательных поверхностях локтевых суставов), «жемчужные» везикулы в области запястий, скабиозные узелки на гениталиях, зуд, усиливающийся ночью, отсутствие высыпаний на лице и волосистой части головы.

3. Диагноз чесотки должен быть подтвержден нахождением чесоточного клеща в соскобах с чесоточных ходов после обработки их 40% раствором молочной кислоты.

4. В соответствии с приказом № 162 при лечении чесотки возможно применение 20% эмульсии бензил-бензоата в 1 и 4 дни лечения, в вечернее время после душа. Обязательна смена нательного и постельного белья при каждой обработке. Кроме того, возможно применение медифокса в течение 3-х дней, или спрегаля однократно с экспозицией не менее 12 часов, серной мази 33% в течение 5 дней.

5. Нательное и постельное белье обеззараживается кипячением в 1-2% растворе соды или стирального порошка в течение 5-7 минут, верхнюю одежду можно прогладить утюгом. В скабиозориях нательное белье больных обрабатывается в дезокамере. Вещи, не подлежащие термической обработке, могут быть вывешены на открытый воздух на 3 дня. Для обработки вещей может быть использован спрей А-ПАР (перчатки, меха), возможно использование вещей через 2 часа после обработки.

**Задача № 21**

Военнослужащий 21 год получал триметоприм / сульфаметоксазол (ТМП/СМК) по поводу боли в горле. Через 2 суток после начала лечения появились красные блюдцеобразные высыпания на конечностях, далее начали появляться единичные везикулы, пузыри на губах и слизистой оболочке рта. Больной лечился ТМП/СМК 5 лет назад без побочных эффектов.

Физикальное обследование. На момент осмотра температура 39 С; пульс 120 /мин, ЧД 30/мин, АД 120/78 мм.рт.ст. Кожа: множество круглых красных пятен, напоминающих мишень. Центральная часть пятен цианотична, в центре некоторых элементов располагаются папулы и везикулы. Периферический ободок красного цвета. На губах – множественные везикулы и пузыри, на слизистой оболочке рта - эрозии, образовавшиеся при разрыве пузырей.

Дополнительные исследования: общий анализ крови, биохимические показатели функции печени и почек, обзорная рентгенография грудной клетки, общий анализ мочи - без патологии. Биопсия кожи: вакуолизация клеток базального слоя эпидермиса, фокусный некроз, некроз отдельных кератиноцитов, выраженный отек сосочкового слоя дермы, незначительная лимфогистиоцитарная инфильтрация дермы.

1. Ваш диагноз?

2. Какое лечение целесообразно назначить?

**Эталоны ответов к задаче № 21**

1. Синдром Стивенса - Джонсона, вызванный приемом ТМП/СМК.

Синдром Стивенса – Джонсона характеризуется мишеневидными элементами, везикулами и пузырями. Характерно поражение слизистых оболочек. Возможна лихорадка. Часто наблюдают буллезную сыпь на губах и слизистой оболочке рта, как у нашего больного. Отслойка эпидермиса возникает на 10-20% поверхности тела (симптом Никольского положительный).

2. При синдроме Стивенса-Джонсона показана симптоматическая терапия. Проводят тщательную обработку пораженной кожи, инфузионную терапию, лечат инфекционные осложнения. Лечение лучше всего проводить в ожоговом отделении. Препарат, вызвавший заболевание, немедленно отменяют. Не следует назначать

препараты той же группы. В обсуждаемом случае было поражено 20% площади поверхности тела, что послужило причиной госпитализации в ожоговое отделение. ТМП/СМК немедленно отменили. Активная инфузионная терапия и обработка пораженных участков кожи привели к выздоровлению с минимальным образованием рубцов.