Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 04.07.2025 14:51:42
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
_____ Е.А. Овсянникова
«30» 06 2025 года

ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.32 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ (ОРДИНАТУРА)

Майкоп

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины «Дерматовенерология»

Врач-специалист должен обладать универсальными (УК) и профессиональными компетенциями (ПК):

Универсальные компетенции характеризуются:

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

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);

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);

реабилитационная деятельность:

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

Вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации
по дисциплине «Дерматовенерология»

1. Анатомия кожи
2. Строение эпидермиса, дермы, подкожно- жировой клетчатки.
3. Кровеносные и лимфатические сосуды,
4. Нервно-рецепторный аппарат кожи.
5. Придатки кожи- волосы, потовые железы, сальные железы, ногти, строение, функции.
6. Особенности строения кожи детей.
7. Физиология и биохимия кожи.
8. Связь кожи с другими органами и системами.
9. Участие кожи в водном, минеральном, белковом, углеводном, витаминном, ферментном и жировом обменах.
10. Основные функции кожи – защитная, терморегуляционная, выделительная, резорбционная, дыхательная, рецепторная. Кожа как орган чувств.
11. Основные патологические процессы в коже.
12. Признаки острого воспаления кожи. Акантолиз, акантоз, вакуольная дегенерация, гиперкератоз, папилломатоз, паракератоз, спонгиоз, баллонирующая дегенерация, гранулез. Дисхромии. Атрофии. Опухолевый процесс.
13. Морфологические элементы кожных сыпей – первичные и вторичные, их характеристика и значение для постановки диагноза, гистопатология. Изменения волос. Изменения ногтей. Нарушение пото- и салоотделения.
14. Методика обследования дерматологического больного.
15. Вопросы деонтологии в дерматологии.
16. Общие принципы системной и наружной терапии кожных болезней.
17. Особенности клинического течения дерматозов в детском возрасте.
18. Принципы наружной терапии дерматозов у детей.
19. Физиотерапия в дерматологии. Противопоказания: абсолютные, относительные.
20. Пиодермия. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, гистопатология отдельных форм пиодермий.
21. Фолликулит. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника,
22. Сикоз стафилококковый. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника,
23. Фурункул. Фурункулез. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника,
24. Карбункул. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника
25. Гидраденит. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника
26. Импетиго. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника
27. Эктима. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника
28. Хроническая глубокая язвенная и вегетирующая пиодермия. Лечение и профилактика пиодермий.
29. Микозы кожи. Возбудители. Пути заражения. Морфология и физиология патогенных грибов. Клиническая классификация микозов.
30. Кератомикозы. Разноцветный лишай, пьедра (этиология, клиника, диагностика, лечение).
31. Паховая эпидермофития. Этиология, эпидемиология, клиника, лечение.
32. Микозы стоп и кистей. Этиология. Эпидемиология микозов стоп (распространенность среди различных профессиональных групп, факторы риска развития микоза), клиника, дифференциальная диагностика. Патогенетическая терапия. Профилактика (организационные мероприятия, дезинфектанты, диспансеризация).
33. Онихомикозы. Распространенность, этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Лечение.
34. Микроспория. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.

35. Поверхностная трихофития. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
36. Зооантропонозная трихофития. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
37. Фавус; черепитчатый микоз. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
38. Плесневые поражения ногтей и кожи. Этиология. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
39. Кандидоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая классификация, клиника поверхностных форм. Хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз. Кандидоз внутренних органов (патогенез, клиника).
40. Диагностика кандидоза (микроскопическая, культуральная, серологическая, гистологическая, эксперимент на животных).
41. Лечение кандидоза. Системные антимикотики, Противогрибковые препараты для наружного применения.
42. Поверхностные псевдомикозы, эритразма. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
43. Глубокие микозы. Аспергиллёз, споротрихоз, хромомикоз, актиномикоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
44. Дерматиты. Определение, этиология, патогенез, триггерныефакторы, клиническая классификация, лечение, профилактика.
45. Токсидермия. Определение, этиология, патогенез, триггерныефакторы, клиническая классификация, лечение, профилактика.
46. Экзема. Определение, этиология, патогенез, триггерныефакторы, клиническая классификация, лечение, профилактика.
47. Атопический дерматит. Этиология. Патогенез. Роль наследственности, эндо и экзогенных факторов. Основные нозологические формы. Их гистопатологическая характеристика. Методы клинической и лабораторной диагностики. Лечение. Профилактика.
48. Почесуха. Этиология. Патогенез. Роль наследственности, эндо и экзогенных факторов. Основные нозологические формы. Их гистопатологическая характеристика. Методы клинической и лабораторной диагностики. Лечение. Профилактика.
49. Кожный зуд. Этиология. Патогенез. Роль наследственности, эндо и экзогенных факторов. Основные нозологические формы. Их гистопатологическая характеристика. Методы клинической и лабораторной диагностики. Лечение. Профилактика.
50. Крапивница. Этиология. Патогенез. Роль наследственности, эндо и экзогенных факторов. Основные нозологические формы. Их гистопатологическая характеристика. Методы клинической и лабораторной диагностики. Лечение. Профилактика.
51. Лихены кожи. Псориаз. Красный плоский лишай. Красный отрубевидный волосяной лишай. Розовый лишай. Этиология, патогенез, роль наследственных факторов, клинические разновидности, диагностические феномены, их гистологическое объяснение, принципы общего и наружного лечения в различные стадии болезни, профилактика, санкур лечение.
52. Вирусные болезни кожи. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
53. Простой пузырьковый лишай. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
54. Опоясывающий лишай. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
55. Бородавки. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

56. Остроконечные кондиломы. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
57. Узелки доильщиц. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
58. Контагиозный моллюск. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
59. Профессиональные болезни кожи. Определение. Значение профессиональных факторов и реактивности организма в развитии профессиональных дерматозов. Клинические формы. Диагностическое значение кожных проб. Лечение. Диспансеризация и трудоустройство больных. Профилактика. Влияние различных профессиональных факторов на течение кожных болезней.
60. Пузырные дерматозы. Этиология. Патогенез. Патогистология. Акантолиз. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюоресцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
61. Истинная пузырчатка. Этиология. Патогенез. Патогистология. Акантолиз. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюоресцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
62. Хронический семейный доброкачественный пемфигус. Этиология. Патогенез. Патогистология. Акантолиз. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюоресцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
63. Пемфигус глаз. Этиология. Патогенез. Патогистология. Акантолиз. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюоресцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
64. Пемфигоид. Этиология. Патогенез. Патогистология. Акантолиз. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюоресцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
65. Герпетиформный дерматит Дюринга. Этиология. Патогенез. Патогистология. Акантолиз. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюоресцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
66. Системные заболевания соединительной ткани. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Гистопатология. Лечение и прогноз.
67. Красная волчанка. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Гистопатология. Лечение и прогноз.
68. Ограниченная склеродермия. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Гистопатология. Лечение и прогноз
69. Склередема Бушке. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Гистопатология. Лечение и прогноз
70. Дерматомиозит. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Гистопатология. Лечение и прогноз.
71. Чесотка. Характеристика возбудителя. Условия заражения. Клинические проявления, осложнения. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика. Укусы клещей и других насекомых. Волосатик. Цистицеркоз кожи.
72. Туберкулез кожи. Возбудитель. Поражение кожи как одно из проявлений общей туберкулезной инфекции. Клинические формы туберкулеза кожи. Патогенез. Клиническая характеристика и гистопатология основных форм кожного туберкулеза. Диагностика. Принципы лечения. Профилактика. Организация борьбы с распространением туберкулеза в Российской Федерации.

73. Лепра. Распространение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические разновидности. Диагностика. Лечение. Профилактика. Организация борьбы с лепрой в РФ.
74. Кожный лейшманиоз (болезнь Боровского), кожно-слизистый лейшманиоз. Вобудитель. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
75. Инфекции, передаваемые половым путем. Сифилис. Введение. Возбудитель - бледная трепонема, ее морфологические и биологические особенности, ультраструктура и изменчивость. Влияние внешних факторов на бледную трепонему. Методы исследования бледной трепонемы. Условия заражения сифилисом. Пути распространения сифилитической инфекции. Иммунитет, реинфекция, суперинфекция. Экспериментальный сифилис, его значение. Общее течение, периодизация сифилиса. Понятие о скрытом и «злокачественном» сифилисе.
76. Серодиагностика сифилиса. Биологически ложноположительные реакции на сифилис.
77. Инкубационный период. Причины, влияющие на его продолжительность.
78. Первичный период сифилиса.
79. Классификация. Клиническая характеристика типичного твердого шанкра, его разновидностей, атипичных форм и осложнений. Гистопатология твердого шанкра.
80. Регионарный лимфаденит и лимфангоит. Методы установления диагноза в первичном периоде сифилиса. Дифференциальная диагностика. Лечение.
81. Вторичный период сифилиса. Продолжительность, особенности течения. Продромальные явления. Клиническая и гистопатологическая характеристика высыпаний на коже и слизистых во вторичном периоде. Дифференциальная диагностика. Поражения нервной системы, костей, суставов, глаз, внутренних органов. Лечение.
82. Третичный период сифилиса. Частота и причины его развития, продолжительность, иммунитет. Клиническая и гистопатологическая характеристика. Дифференциальная диагностика кожных проявлений третичного сифилиса. Течение. Заразительность сифилиса в третичном периоде. Поражение костей, суставов, внутренних органов и нервной системы. Диагностика. Лечение.
83. Врожденный сифилис. Определение. Пути передачи инфекции потомству. Влияние сифилиса на течение и исход беременности. Сифилис плода. Клиника раннего врожденного сифилиса и позднего врожденного сифилиса. Скрытый ранний и поздний врожденный сифилис. Лечение.
84. Сифилис нервной системы. Классификация. Асимптомный менингит. Клинические разновидности асимптомного нейросифилиса. Диагностика. Лечение.
85. Сифилис внутренних органов. Поздние поражения сердечно-сосудистой системы, пищеварительного тракта, дыхательной системы, других органов (клиника, гистопатология, дифференциальная диагностика). Лечение висцерального сифилиса.
86. Лечение больных сифилисом. Препараты пенициллина и альтернативные антибиотики. Механизм действия, дозировка, методики лечения; побочные явления и осложнения, их лечение и профилактика; противопоказания. Понятие о серорезистентности при сифилисе.
87. Особенности лечения сифилиса у беременных. Превентивное лечение. Критерии излеченности сифилиса. Профилактика сифилиса первичная и вторичная. Средства индивидуальной профилактики.
88. Гонорея. Возбудитель гонореи, его морфология, ультраструктура и биология. Изменчивость. Источники инфекции. Пути распространения гонорейной инфекции, ее влияние на организм. Инкубационный период.
89. Классификация гонореи, клиника.
90. Методы лабораторной диагностики (бактериоскопический, бактериологический, молекулярно-биологические).
91. Клиника, диагностика острого и хронического гонорейного уретрита у мужчин. Клиника, диагностика осложненной гонореи у мужчин. Простатиты. Эпидидимиты.

92. Особенности клинического течения, диагностика и осложнения гонорейного процесса у женщин.
93. Особенности клинического течения и диагностики гонореи у девочек в настоящее время, клиника и лечение.
94. Принципы и методы лечения гонореи. Первичная и вторичная профилактика гонореи.
95. Урогенитальный трихомониаз. Возбудитель заболевания. Эпидемиология. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения (диагностика, лечение).
96. Урогенитальный хламидиоз. Возбудитель заболевания. Классификация. Клиника, методы лабораторной диагностики. Лечение, профилактика. Осложнения урогенитального хламидиоза (диагностика, лечение). Болезнь Рейтера (этиология, патогенез, клиника, лечение).
97. Микоплазмоз. Клиника, диагностика, лечение. Неспецифические и резидуальные уретриты (этиология, клиника, диагностика, лечение).
98. Бактериальный вагиноз. Определение. Клиника, диагностика, лечение.
99. Урогенитальный кандидоз. Характеристика возбудителя. Клиника, диагностика, лечение.
100. Первичная и вторичная профилактика ИППП.
101. Мягкий шанкр (шанкроид). Возбудитель. Инкубационный период. Клинические проявления. Смешанный шанкр. Методы диагностики. Лечение. Профилактика.
102. Аногенитальный герпес. Особенности клинического течения, дифференциальный диагноз. Влияние ВПГ на репродуктивное здоровье мужчин и женщин. Герпес и беременность. Лечение аногенитальной герпетической инфекции.
103. ВИЧ-инфекция. Характеристика возбудителя. Клинические проявления. Пути передачи ВИЧ-инфекции. Диагностика. Принципы терапии. Профилактика.

Примерные тестовые задания для проведения текущего контроля знаний по «Производственной (клинической) практике №1»

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;*

Примерные тестовые задания для проведения контроля остаточных знаний по дисциплине «Дерматовенерология»

1. Выберите правильное утверждение:

1. базальный слой эпидермиса содержит клетки Лангерганса
2. зернистый слой отличается митотической активностью
3. мальпигиевым слоем называют базальный, шиповатый и зернистый слой
4. среди клеток базального слоя расположены меланоциты
5. +все утверждения верны

2. Неспецифическое гипосенсибилизирующее действие оказывают все препараты, кроме:

1. кортикостероидов
2. +антигистаминных препаратов
3. препаратов кальция
4. тиосульфата натрия
5. хлорид кальция

3. Какие из перечисленных функций выполняет кожа?

1. терморегуляторную
2. пигментообразование
3. +все перечисленное верно
4. секреторную
5. иммунную

4. Гипертрофия эпидермиса - это утолщение:

1. рогового слоя
2. зернистого слоя
3. базального слоя
4. шиловидного слоя
5. +всех слоев кожи, кроме базального

5. Основная функция волокнистых субстанций дермы

1. предохранение эпидермиса от разрывов
2. терморегуляция
3. защитная
4. бактерицидная
5. +все перечисленное верно

6. Диаскопия - это

1. поскабливание
2. пальпация
3. +надавливание предметным стеклом
4. раздражение кожи тупым предметом
5. бактериоскопия

7. Выберите слои эпидермиса

1. +все перечисленное верно
2. базальный
3. зернистый
4. роговой
5. шиповидный

8. Для микроспории гладкой кожи характерно все перечисленное, кроме

1. пятен
2. +нечетких границ и быстрого самопроизвольного разрешения
3. пузырьков по краю очагов
4. шелушения
5. четкие границы

9. О начале "синдрома отмены" при лечении глюкокортикоидными гормонами свидетельствуют:

1. анорексия
2. недомогание
3. гипотония
4. миалгия
5. +все перечисленное

10. Потовые железы отсутствуют на:

1. головке полового члена
2. +все перечисленное верно
3. на малых половых губах
4. на красной кайме губ
5. нет правильного ответа

11. В процессе эволюции пузырька образуется

1. язва, рубец
2. трещина
3. рубец
4. +эрозия, корка
5. волдырь

12. Бактерицидные свойства кожи снижаются

1. при истощающих заболеваниях
2. при ионизирующем излучении
3. при повреждении химическими веществами
4. при воздействии веществ, ощелачивающих кислотную мантию
5. +при всем перечисленном

13. Время полного обновления клеток эпидермиса составляет

1. до 8-10 дней
2. от 10 до 16 дней

3. +от 20 до 25 дней
4. от 26 до 28 дней
5. свыше 30 дней

14. Корень волоса состоит из всего перечисленного, кроме

1. сосочка волоса
2. волосяной луковицы
3. +мышцы
4. внутреннего корневого влагалища
5. волосяной фоликул

15. Комплексное клиническое исследование кожи включает все перечисленное, кроме:

1. граттажа (поскабливания)
2. пальпации
3. диаскопии
4. измерения температуры кожи
5. +измерения электросопротивления

16. Проведение дифференциального диагноза предусматривает все, кроме:

1. оценку анамнеза
2. клинической картины заболевания
3. результатов лабораторного и гистологического обследования
4. пробного лечения
5. +консультация хирурга

17. К осложнениям, при наружном применении глюкортикоидных гормонов, относятся:

1. атрофия кожи
2. пиодермия
3. +все перечисленное верно
4. нет правильного ответа
5. атрофия кожи и пиодермия

18. В каком слое эпидермиса находится наибольшее количество ДНК- и РНК-содержащих структур:

1. роговой
2. шиповатый
3. +базальный
4. зернистый
5. блестящий

19. В каком слое эпидермиса располагаются клетки Лангерганса и клетки Меркеля:

1. +базальный
2. шиповатый
3. зернистый

4. роговой
5. блестящий

20. В каком слое эпидермиса находятся цитоплазматические выросты (аканты):
    1. базальный
    2. +шиповатый
    3. зернистый
    4. роговой
    5. блестящий

21. В каком слое эпидермиса образуются включения – зерна кератагианина:
    1. базальный
    2. шиповатый
    3. роговой
    4. +зернистый
    5. блестящий

22. В каком слое эпидермиса накапливается пигмент меланин:
    1. шиповатый
    2. +базальный
    3. роговой
    4. блестящий
    5. зернистый

23. Выберите слои, из которых состоит дерма:
    1. базальный
    2. +сосочковый, сетчатый
    3. шиповатый, блестящий
    4. роговой, базальный
    5. базальный, шиповатый

24. Клеточные элементы дермы представлены:
    1. фибробластами
    2. +все перечисленное верно
    3. фиброцитами
    4. гистиоцитами
    5. нет правильного ответа

25. Назовите нервные образования кожи, осуществляющие функции осязания:
    1. тельца Фатера-Пачини
    2. +тельца Мейсснера
    3. колбы Краузе
    4. тельца Руффини
    5. свободные нервные окончания

26. Назовите нервные образования кожи, с помощью которых воспринимается чувство холода:

1. тельца Фатера-Пачини
2. тельца Мейсснера
3. +колбы Краузе
4. тельца Руффини
5. свободные нервные окончания

27. Назовите нервные образования кожи, с помощью которых воспринимается ощущение тепла:

1. тельца Фатера-Пачини
2. тельца Мейсснера
3. колбы Краузе
4. +тельца Руффини
5. свободные нервные окончания

28. Назовите нервные образования,воспринимающие ощущение давления и положение тела в пространстве:

1. тельца Мейсснера
2. колбы Краузе
3. тельца Руффини
4. +тельца Фатера-Пачини
5. свободные нервные окончания

29. Назовите нервные образования воспринимающие ощущение боли, зуда и жжения:

1. тельца Мейсснера
2. колбы Краузе
3. тельца Руффини
4. тельца Фатера-Пачини
5. +свободные нервные окончания

30. На каком месяце беременности у плода формируются начальные зачаточные волосы в виде пушковых волос:

1. +на IV-V
2. на VI-VII
3. на III-IV
4. на II-III
5. VIII-IX

31. На каком месяце беременности у плода формируются зачатки ногтей:

1. на IV
2. +на III
3. на V
4. на VII
5. на VI

32. На каком месяце беременности у плода формируются зачатки потовых желез:
    1. на III
    2. на IV
    3. +на II
    4. на V
    5. на XI

33. Назовите придатки кожи:
    1. +все перечисленное верно
    2. потовые железы
    3. ногти
    4. волосы
    5. сальные железы

34. Что из себя представляет пятно (macula):
    1. полостное образование, куполообразно возвышающее над кожей, размеры от
    2. булавочной головки до небольшой горошины, заполненной серозной или геморрагической жидкостью;
    3. бесполостное, тестоватой консистенции, слегка возвышающееся, зудящее образование, возникающее в результате острого отека дермы;
    4. полостное, возвышающееся образование, содержащее жидкость, размером от чечевицы до горошины и более;
    5. бесполостной, инфильтративный, возвышающийся над окружающей поверхностью элемент, при разрешении не оставляет рубца и атрофии, может образовывать бляшки;
    6. +ограниченное изменение цвета кожи, слизистой оболочки без изменения их рельефа.

35. Что из себя представляет пузырь (bulla):
    1. полостное образование, куполообразно возвышающее над кожей, размеры от булавочной головки до небольшой горошины, заполненной серозной или геморрагической жидкостью;
    2. бесполостное, тестоватой консистенции, слегка возвышающееся, зудящее образование, возникающее в результате острого отека дермы;
    3. +полостное, возвышающееся образование, содержащее серозный или геморрагический экссудат, размером от чечевицы до горошины и более;
    4. бесполостной, инфильтративный, возвышающийся над окружающей поверхностью элемент, при разрешении не оставляет рубца и атрофии, могут образовывать бляшки;
    5. ограниченное изменение цвета кожи, слизистой оболочки без изменения их рельефа.

36. Что из себя представляет волдырь (urtica):
    1. полостное образование, куполообразно возвышающее над кожей, размеры от
    2. булавочной головки до небольшой горошины, заполненной серозной или геморрагической жидкостью;
    3. +бесполостное, тестоватой консистенции, слегка возвышающееся, зудящее образование, возникающее в результате острого отека дермы;

4. полостное, возвышающееся, содержащее жидкость, размером от чечевицы до горошины и более образование;
5. бесполостной, инфильтративный, возвышающийся над окружающей поверхностью элемент, при разрешении не оставляет рубца и атрофии, могут образовывать бляшки;
6. ограниченное изменение цвета кожи, слизистой оболочки без изменения их рельефа.

37. Что из себя представляет пузырек (vesicula):
    1. +полостное образование, куполообразно возвышающее над кожей, размеры от булавочной головки до небольшой горошины, заполненной серозной или геморрагической жидкостью;
    2. бесполостное, тестоватой консистенции, слегка возвышающееся, зудящее образование, возникающее в результате острого отека дермы;
    3. полостное, возвышающееся, содержащее жидкость, размером от чечевицы до горошины и более образование;
    4. бесполостной, инфильтративный, возвышающийся над окружающей поверхностью элемент, при разрешении не оставляет рубца и атрофии, могут образовывать бляшки;
    5. ограниченное изменение цвета кожи, слизистой оболочки без изменения их рельефа.

38. Что из себя представляет папула (papula):
    1. полостное образование, куполообразно возвышающее над кожей, размеры от булавочной головки до небольшой горошины, заполненной серозной или геморрагической жидкостью;
    2. бесполостное, тестоватой консистенции, слегка возвышающееся, зудящее образование, возникающее в результате острого отека дермы;
    3. полостное, возвышающееся, содержащее жидкость, размером от чечевицы до горошины и более образование;
    4. +бесполостной, инфильтративный, возвышающийся над окружающей поверхностью элемент, при разрешении не оставляет рубца и атрофии, при слиянии могут образовывать бляшки;
    5. ограниченное изменение цвета кожи, слизистой оболочки без изменения их рельефа.

39. Что из себя представляет бугорок (tuberculum):
    1. бесполостное, тестоватой консистенции, слегка возвышающееся резко отграниченное, зудящее образование, возникающее в результате острого отека дермы;
    2. +инфильтративный безполостной, возвышающийся над окружающей поверхностью, полушаровидной формы, округлый, воспалительной окраски, размером до горошины и больше элемент, располагается в сетчатом слое дермы, при разрешении оставляет рубец или атрофию;
    3. ограниченное изменение цвета кожи, слизистой оболочки без изменения их рельефа;
    4. ограниченное разной плотности образование, возникающие в подкожно жировой клетчатке размером от горошины до куринного яйца;

5. бесполостной, инфильтративный, возвышающийся над окружающей поверхностью элемент, при разрешении не оставляет рубца и атрофии.

40. Что из себя представляет узел (nodus):
    1. бесполостное, тестоватой консистенции, слегка возвышающееся резко отграниченное, зудящее образование, возникающее в результате острого отека дермы;
    2. инфильтративный безполостной, возвышающийся над окружающей поверхностью, полушаровидной формы, округлый, воспалительной окраски, размером до горошины и больше элемент, располагается в сетчатом слое дермы;
    3. ограниченное изменение цвета кожи, слизистой оболочки без изменения их рельефа;
    4. +ограниченное разной плотности образование, возникающие в подкожно жировой клетчатке размером от горошины до куринного яйца;
    5. бесполостной, инфильтративный, возвышающийся над окружающей поверхностью элемент, при разрешении не оставляет рубца и атрофии.

41. Вакуольная дегенерация – это:
    1. +скопление жидкости внутри клеток базального и шиповатого слоев, разрушающее клетки и приводящее к образованию пузырьков;
    2. скопление жидкости в клетках шиповатого слоя, в результате чего клетки округляются и увеличиваются в размере из-за скопления в них жидкости, приобретая вид шаров или балонов;
    3. расплавление межклеточных связей, в результате чего шиповатые клетки разъединяются между собой и между ними возникают наполненные экссудатом щели;
    4. межклеточный отек, шиповатого слоя с расширением межклеточных канальцов, которые заполняются поступающим из дермы экссудатом;
    5. острый отек сосочкового слоя дермы.

42. Баллонирующая дегенерация – это:
    1. скопление жидкости внутри клеток базального и шиповатого слоев, разрушающее клетки и приводящее к образованию пузырьков;
    2. +скопление жидкости в клетках шиповатого слоя, в результате чего клетки округляются и увеличиваются в размере из-за скопления в них жидкости, приобретая вид шаров или балонов;
    3. расплавление межклеточных связей, в результате чего шиповатые клетки разъединяются между собой и между ними возникают наполненные экссудатом щели;
    4. межклеточный отек, шиповатого слоя с расширением межклеточных канальцов, которые заполняются поступающим из дермы экссудатом;
    5. острый отек сосочкового слоя дермы.

43. Спонгиоз представляет собой:
    1. скопление жидкости внутри клеток базального и шиповатого слоев, разрушающее клетки и приводящее к образованию пузырьков;

2. скопление жидкости в клетках шиповатого слоя, в результате чего клетк и округляются и увеличиваются в размере из-за скопления в них жидкости, приобретая вид шаров или балонов;
3. расплавление межклеточных связей, в результате чего шиповатые клетки разъединяются между собой и между ними возникают наполненные экссудатом щели;
4. +межклеточный отек, шиповатого слоя с расширением межклеточных канальцов, которые заполняются поступающим из дермы экссудатом;
5. острый отек сосочкового слоя дермы.

44. Что представляет собой гиперкератоз:
1. +усиленное ороговение, ведущее к утолщению рогового слоя, появлению чешуек, плотно сидящих на подлежащем основании;
2. нарушение процесса ороговения, при котором выпадает фаза образования кератогианина и энендина;
3. утолщение шиповатого слоя с частым большим или меньшим удлинением межсосочковых выростов эпидермиса;
4. расширение зернистого слоя за счет увеличения числа его клеток;
5. разрастание соединительнотканных сосочков.

45. Что представляет собой паракератоз:
1. усиленное ороговение, ведущее к утолщению рогового слоя, появлению чешуек, плотно сидящих на подлежащем основании;
2. +нарушение процесса ороговения, при котором выпадает фаза образования кератогианина и энендина;
3. утолщение шиповатого слоя с частым большим или меньшим удлинением межсосочковых выростов эпидермиса;
4. расширение зернистого слоя за счет увеличения числа его клеток;
5. разрастание соединительнотканных сосочков.

46. Что представляет собой акантоз:
1. усиленное ороговение, ведущее к утолщению рогового слоя, появлению чешуек, плотно сидящих на подлежащем основании;
2. нарушение процесса ороговения, при котором выпадает фаза образования кератогианина и энендина;
3. +утолщение шиповатого слоя с частым большим или меньшим удлинением межсосочковых выростов эпидермиса;
4. расширение зернистого слоя за счет увеличения числа его клеток;
5. разрастание соединительнотканных сосочков.

47. Что представляет собой грануллез:
1. усиленное ороговение, ведущее к утолщению рогового слоя, появлению чешуек, плотно сидящих на подлежащем основании;
2. нарушение процесса ороговения, при котором выпадает фаза образования
3. кератогиалина и элеидина;
4. утолщение шиповатого слоя с частым большим или меньшим удлинением межсосочковых выростов эпидермиса;
5. +расширение зернистого слоя за счет увеличения числа его клеток;

6. разрастание соединительнотканных сосочков.

48. Что представляет собой папиломатоз:

1. усиленное ороговение, ведущее к утолщению рогового слоя, появлению чешуек, плотно сидящих на подлежащем основании;
2. нарушение процесса ороговения, при котором выпадает фаза образования кератогианина и энендина;
3. утолщение шиповатого слоя с частым большим или меньшим удлинением межсосочковых выростов эпидермиса;
4. расширение зернистого слоя за счет увеличения числа его клеток;
5. +разрастание соединительнотканных сосочков.

49. Механизмом образования каких первичных элементов является инфекционная гранулема:

1. +бугорок, узел
2. узелок, пузырек
3. гнойничек, пузырь
4. волдырь, пятно
5. пузырь, пузырек

50. Механизмом образования, какого первичного элемента является острый отек сосочкового слоя дермы:

1. папула
2. пузырь
3. пузырек
4. +волдырь
5. пустула

51. Назовите механизмы образования папулы:

1. гиперкератоз
2. +все перечисленное верно
3. паракератоз
4. нет правильного ответа
5. акантоз

52. Назовите механизмы образования пузырька:

1. баллонирующая дегенерация
2. +все перечисленное верно
3. спонгиоз
4. вакуольная дегенерация
5. нет правильного ответа

53. Механизмом образования какого первичного элемента является акантолиз:

1. пузырек
2. +пузырь
3. волдырь

4. папула
5. пустула

54. Чешуйка представляет собой:

1. +это, возникающие в результате гипер- и паракератоза отторгающиеся верхние ряды клеток рогового слоя;
2. ссохшийся экссудат, который образуется в результате засыхания содержимого пузырей, а также на поверхности эрозий и язв;
3. новообразованная ткань, развившаяся после и на месте разрушения дермы или соединительнотканного слоя слизистой оболочки;
4. элемент, возникающий в результате разрастания сосочков дермы с одновременным утолщением шиповатого слоя эпителия;
5. дефект кожи, слизистой оболочки или красной каймы губы в пределах эпидермиса.

55 Корка представляет собой:

1. это, возникающие в результате гипер- и паракератоза отторгающиеся верхние ряды клеток рогового слоя;
2. +ссохшийся экссудат, который образуется в результате засыхания содержимого экссудативных элементов, а также на поверхности эрозий и язв;
3. новообразованная ткань, развившаяся после и на месте разрушения дермы или соединительнотканного слоя слизистой оболочки;
4. элемент, возникающий в результате разрастания сосочков дермы с одновременным утолщением шиповатого слоя эпителия;
5. дефект кожи, слизистой оболочки или красной каймы губы в пределах эпидермиса.

56. Вегетация представляет собой:

1. это, возникающие в результате гипер- и паракератоза отторгающиеся верхние ряды клеток рогового слоя;
2. ссохшийся экссудат, который образуется в результате засыхания содержимого пузырей, а также на поверхности эрозий и язв;
3. новообразованная ткань, развившаяся после и на месте разрушения дермы или соединительнотканного слоя слизистой оболочки;
4. +элемент, возникающий в результате разрастания сосочков дермы с одновременным утолщением шиповатого слоя эпителия;
5. дефект кожи, слизистой оболочки или красной каймы губы в пределах эпидермиса.

58. Акантолиз – это:

1. скопление жидкости внутри клеток базального и шиповатого слоев, разрушающее клетки и приводящее к образованию пузырьков;
2. скопление жидкости в клетках шиповатого слоя, в результате чего клетки округляются и увеличиваются в размере из-за скопления в них жидкости, приобретая вид шаров или балонов;
3. +расплавление межклеточных связей, в результате чего шиповатые клетки разъединяются между собой и между ними возникают наполненные экссудатом щели;

4. межклеточный отек, шиповатого слоя с расширением межклеточных канальцов, которые заполняются поступающим из дермы экссудатом;
5. острый отек сосочкового слоя дермы.

59. Эрозия представляет собой:
    1. дефект кожи, слизистой оболочки или красной каймы губ в пределах дермы или соединительнотканного слоя слизистой оболочки;
    2. +дефект кожи, слизистой оболочки или красной каймы губы в пределах эпидермиса или эпителия;
    3. дефект, возникающий в результате потери эластичности кожи, слизистой оболочки или красной каймы губ на местах длительно существующей инфильтрации тканей;
    4. новообразованная ткань, возникающая после и на месте разрушения дермы или соединительнотканного слоя слизистой оболочки;
    5. изменение кожи, красной каймы губ, связанное с массивной инфильтрацией ее сосочкового слоя и акантозом.

60. Язва представляет собой:
    1. +дефект кожи, слизистой оболочки или красной каймы губ в пределах дермы или соединительнотканного слоя слизистой оболочки;
    2. дефект кожи, слизистой оболочки или красной каймы губы в пределах эпидермиса или эпителия;
    3. дефект, возникающий в результате потери эластичности кожи, слизистой оболочки или красной каймы губ на местах длительно существующей инфильтрации тканей;
    4. новообразованная ткань, возникающая после и на месте разрушения дермы или соединительнотканного слоя слизистой оболочки;
    5. изменение кожи, красной каймы губ, связанное с массивной инфильтрацией ее сосочкового слоя и акантозом.

61. Трещина представляет собой:
    1. дефект кожи, слизистой оболочки или красной каймы губ в пределах дермы или соединительнотканного слоя слизистой оболочки;
    2. дефект кожи, слизистой оболочки или красной каймы губы в пределах эпидермиса или эпителия;
    3. +дефект, возникающий в результате потери эластичности кожи, слизистой оболочки или красной каймы губ на местах длительно существующей инфильтрации тканей;
    4. новообразованная ткань, возникающая после и на месте разрушения дермы или соединительнотканного слоя слизистой оболочки;
    5. изменение кожи, красной каймы губ, связанное с массивной инфильтрацией ее сосочкового слоя и акантозом.

62. Рубец представляет собой:
    1. дефект кожи, слизистой оболочки или красной каймы губ в пределах дермы или соединительнотканного слоя слизистой оболочки;
    2. дефект кожи, слизистой оболочки или красной каймы губы в пределах эпидермиса или эпителия;

3. дефект, возникающий в результате потери эластичности кожи, слизистой оболочки или красной каймы губ на местах длительно существующей инфильтрации тканей;
4. +новообразованная ткань, возникающая после и на месте разрушения дермы или соединительнотканного слоя слизистой оболочки;
5. изменение кожи, красной каймы губ, связанное с массивной инфильтрацией ее сосочкового слоя и акантозом.

63. Лихенизация представляет собой:

1. дефект кожи, слизистой оболочки или красной каймы губ в пределах дермы или соединительнотканного слоя слизистой оболочки;
2. дефект кожи, слизистой оболочки или красной каймы губы в пределах эпидермиса или эпителия;
3. дефект, возникающий в результате потери эластичности кожи, слизистой оболочки или красной каймы губ на местах длительно существующей инфильтрации тканей;
4. новообразованная ткань, возникающая после и на месте разрушения дермы или соединительнотканного слоя слизистой оболочки;
5. +изменение кожи, красной каймы губ, связанное с массивной инфильтрацией ее сосочкового слоя и акантозом.

64. Эккриновые потовые железы выделяют пот, состоящий

1. из воды
2. из солей кальция
3. из сульфатов хлорида натрия
4. из органических веществ (мочевая кислота, аммиак, углеводы и т.д.)
5. +все перечисленное верно

65. Апокриновые потовые железы в своем секрете содержат все перечисленное, кроме:

1. обычных составных частей пота
2. железа
3. холестерина и его эфиров
4. гликогена
5. +нейтральных жиров

66. Основными компонентами секрета сальных желез являются

1. нейтральные жиры
2. азотистые и фосфорные соединения
3. стероидные гормоны
4. стеарины
5. +все перечисленное

67.Функция эккринных потовых желез регулируется симпатическими нервами, центры которых расположены

1. в спинном мозге
2. в продолговатом мозге

3. в промежуточном мозге
4. +все перечисленное верно
5. нет правильного ответа

68. Гиперкератоз - это утолщение

1. эпидермиса
2. базального слоя
3. шиповидного слоя
4. зернистого слоя
5. +рогового слоя

69. Секреция сальных желез регулируется всем перечисленным, кроме:

1. нервной системы
2. гормонов половых желез
3. гормонов гипофиза
4. гормонов надпочечников
5. +гормонов поджелудочной железы

70. Роговой слой кожи обеспечивает все перечисленное, кроме:

1. механической резистентности
2. +противолучевой резистентности
3. противохимической резистентности
4. электросопротивления
5. антимикробной резистентности

71. Проницаемость кожи - это

1. нет правильного ответа
2. прохождение вещества через роговой барьер
3. прохождение вещества через эпидермис и сосочковый слой дермы
4. поступление вещества через стенки кровеносных сосудов в кровь
5. +все перечисленное верно

72. Воспаление дермы характеризуется всем перечисленным, кроме:

1. отека
2. расширения сосудов
3. выхода белков плазменного происхождения и форменных элементов крови за пределы сосудистого русла
4. формирования периваскулярных или диффузных клеточных пролифератов
5. +сглаживания сосочков дермы

73. Цвет кожи зависит

1. от толщины рогового слоя
2. от количества меланина
3. от кровенаполнения сосудов
4. от других веществ в коже (каротина, гемосидерина)
5. +все перечисленное верно

74. Многослойный плоский эпителий слизистой оболочки полости рта состоит из всего перечисленного, кроме:

1. +рогового слоя
2. блестящего слоя
3. зернистого слоя
4. шиповидного слоя
5. базального слоя

75. Корень волоса состоит из всего перечисленного, кроме:

1. сосочка волоса
2. волосяной луковицы, шейки волоса
3. наружного корневого влагалища
4. внутреннего корневого влагалища
5. +кутикулы волоса

76. Функция апокриновых желез (потовых)

1. начинают активно функционировать в период полового созревания
2. связана с нервной системой
3. связана с эндокринной системой
4. +все перечисленное верно
5. нет правильного ответа

77 Кожа участвует в обмене:

1. углеводов, липидов, белков
2. меланина
3. витаминов
4. воды и солей
5. +всего перечисленного

78. Меланин защищает от УФ-лучей:

1. клетки базального слоя эпидермиса
2. клетки дермы
3. нервы
4. сосуды
5. +все перечисленное

79. Апокриновые железы по строению могут быть:

1. +трубчатыми
2. альвеолярными
3. смешанного строения
4. строение зависит от локализации железы
5. строение не зависит от локализации железы

80. Мази назначаются:

1. для изоляции кожных покровов от влияния химических, механических травм, трения

2. как смягчающие кожу и зудоутоляющие
3. как проводники лекарственных веществ
4. как очищающие кожу от вторичных наслоений
5. +правильно все перечисленное

81. Сальные железы могут быть:

1. нет правильного ответа
2. альвеолярными
3. отсутствуют на ладонях и подошвах
4. связаны с волосяными фолликулами
5. +все перечисленное верно

82. Барьерно-защитная функция кожи включает:

1. противолучевую резистентность
2. бактерицидную активность
3. сопротивление кожи электрическому току
4. механическую резистентность
5. +все перечисленное

83. Важнейшими функциональными методами исследования в дерматологии являются:

1. определение интенсивности сало- и потоотделения, pH
2. определение температуры кожи и терморегуляции
3. определение сопротивления кожи электрическому току
4. сосудистые кожные реакции
5. +все перечисленные

84. Полная регенерация видимой части ногтя происходит:

1. за 1-2 месяца
2. за 2-3 месяца
3. +за 3-4 месяца
4. за 4-5месяцев
5. свыше 5 месяцев

85. Осмотр больного кожным заболеванием предусматривает оценку:

1. тургора кожи
2. цвета кожи
3. воспалительных и невоспалительных изменений кожи
4. состояния придатков кожи
5. +всего перечисленного

86. Бактерицидная активность кожи обеспечивается:

1. самоочищением кожи с естественным отшелушиванием рогового слоя
2. стерилизующими свойствами кожи
3. кислой реакцией поверхности кожи
4. направлением движения секрета сальных и потовых желез

5. +всем перечисленным

87. В базальном слое имеют место все перечисленные клетки, кроме:

1. эпителиоциты
2. меланоцитов
3. клеток Лангерганса
4. клеток Меркеля
5. +гистиоцитов

88. Основными клеточными компонентами дермы являются:

1. фибробласты
2. фиброциты
3. гистиоциты
4. тучные клетки
5. +все перечисленные

89. Меланиновый пигмент синтезируется:

1. кератиноцитами
2. +меланоцитами
3. клетками Лангерганса
4. клетками Меркеля
5. колбы Краузе

90. Комплексное клиническое исследование кожи включает все перечисленное, кроме:

1. +измерение артериального давления
2. пальпации
3. диаскопии
4. измерения температуры кожи
5. дермаграфизм

91. Проведение дифференциального диагноза предусматривает оценку:

1. анамнеза
2. клинической картины заболевания
3. результатов лабораторного и гистологического обследования
4. пробного лечения
5. +всего перечисленного

92. Назовите первичные пролиферативные элементы:

1. +папула, пятно, бугорок
2. везикула, пустула, волдырь
3. пятно, везикула, пузырь
4. +узел, папула, бугорок
5. волдырь, пятно, пузырь

93. Выберите пролиферативные гистопатоморфологические изменения:

1. гиперкератоз, спонгиоз, акантоз
2. +гранулез, паракератоз, акантоз
3. паракератоз, акантолизис, гранулез
4. +паракератоз, гиперкератоз, папилломатоз
5. вакуольная дегенерация, акантолизис, акантоз

94. Перечислите первичные экссудативные элементы:

1. пузырь, пузырек, пятно
2. волдырь, папула, пузырек
3. пятно, пузырек, папула
4. гнойничок, бугорок, узел
5. +волдырь, пустула, пузырь

95. Назовите гистоморфологические изменения экссудативного характера:

1. гиперкератоз, паракератоз, акантоз
2. акантолизис, акантоз, гранулез
3. +баллонирующая дегенерация, спонгиоз, акантолизис
4. паракератоз, папилломатоз, спонгиоз
5. гиперкератоз, акантолизис, акантоз

96. Фолликулярный гиперкератоз характерен для:

1. +рубцующего эритематоза
2. вульгарной пузырчатки
3. крапивницы
4. псориаза
5. кератодермий

97. Гипоаллергенная диета может назначаться больным:

1. псориазом
2. +аллергический дерматит
3. склеродермией
4. педикуллезом
5. чесотка

98. "Пиком" развития экземы является стадия

1. крустозная
2. +мокнущая
3. везикулезная
4. сквамозная
5. эритематозная

99. Местно при острой экземе показаны:

1. присыпки
2. +примочки с фурациллином
3. препараты серы
4. деготь

5. клотримазол под окклюзионную повязку

100. "Серозные колодцы" характерны для:

1. нейродермита
2. чесотки
3. псориаза
4. +экземы
5. трихофитии

101. При обильно мокнущей экземы назначают местно:

1. присыпки
2. +примочки
3. пасты
4. крема
5. взбалтываемые взвеси

102. При экземе в стадии шелушения и инфильтрации назначают

1. крема
2. пасты
3. +все перечисленное верно
4. мази
5. аэрозоли

103. Для себорейного дерматита не характерны перечисленные признаки, кроме

1. везикул и пузырей
2. локализация на себорейных участках
3. депигментации
4. +шелушения жирными чешуйками в эритематосквамозных очагах
5. поражения локтевых и подколенных складок, ладоней

104. Для истинной экземы характерно

1. четкие границы очага
2. ассимметричность
3. острое течение
4. +обострение без видимой причины
5. гнойничковые элементы

105. Периоральный дерматит (помимо периоральной зоны) локализуется на коже следующих участков, кроме

1. носогубнои складки
2. подбородка и шеи
3. +волосистой части головы
4. периорбитальной области и лба
5. переносицы

106. Поражение ограничивается местом контакта при дерматите:

1. +простом
2. солнечном
3. от ожога
4. лучевом
5. холодовой

107. При экземе появляется элемент сыпи:

1. +эритема,папула, везикула
2. пустула, пузырь, пузырек
3. папула, пустула, бугорок
4. пустула, узел, узелок
5. волдырь, пузырь, пузырек

108. В течении экземы нет стадии:

1. эритематозной
2. папулезной
3. мокнутия
4. +пустулезной
5. сквамозной

109. В основе развития экземы лежит теория

1. нейро-эндокринная
2. нейро-аллергическая
3. наследственная
4. нет правильного ответа
5. +все перечисленное верно

110. К пищевым аллергенам не относятся:

1. яйца
2. апельсины
3. +кисло-молочные продукты
4. кофе
5. мандарины

111. Токсикодермия характеризуется:

1. бурной воспалительной реакцией кожи
2. большой распространенностью
3. нарушением общего состояния
4. быстрым регрессом после устранения контакта с аллергеном
5. +все перечисленное верно

112. Излюбленной локализацией микробной экземы является:

1. волосистая часть головы
2. задняя поверхность шеи
3. лицо
4. +конечности

5. половые органы

113. Для микробной экземы характерно:

1. симметричность поражения
2. нечеткие границы
3. мокнутие
4. +появление в местах травмы
5. папулы

114. Осложнением при экземе является:

1. эритродермия
2. +все перечисленное верно
3. пиодермия
4. нейродермит
5. нет правильного ответа

115. Кожные пробы нецелесообразны при:

1. истинной экземе
2. микробной экземе
3. себорейной экземе
4. +все перечисленное верно
5. дисгидротической экземе

116. Контактным аллергеном является:

1. молоко
2. +моющие средства
3. табак
4. клубника
5. памидор

117. Какие лекарственные средства наиболее часто вызывают токсикодермии:

1. +антибиотики
2. седативное
3. витамины
4. антигистаминные
5. препараты железа

118. Какие лекарственные средства часто вызывают синдром Лайелла:

1. витамины
2. +сульфаниламиды
3. кортикостероиды
4. витамины
5. цитостатики

119. Какие лекарственные средства используют для патогенетической терапии токсикодермии:

1. +кортикостероиды
2. анаболические гормоны
3. антибиотики
4. витамины
5. цитостатики

120. Больная С., 40 лет, обратилась к врачу дерматологу с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся зудом. В течение нескольких дней до появления сыпи принимала по поводу ангины бактрим. При осмотре: на коже туловища, верхних и нижних конечностях отмечаются эритематозные, красновато-буроватые, с сиреневым оттенком ограниченные очаги, имеющие округлые очертания. Ваш диагноз.

1. простой контактный дерматит
2. +токсикодермия
3. экзема
4. аллергический контактный дерматит
5. крапивница

121. Больная С., 40 лет, обратилась к врачу дерматологу с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся зудом. В течение нескольких дней до появления сыпи принимала по поводу ангины бактрим. При осмотре: на коже туловища, верхних и нижних конечностях отмечаются эритематозные, красновато-буроватые, с сиреневым оттенком ограниченные очаги, имеющие округлые очертания. Ваш тактика лечения.

1. наружные кортикостероиды
2. +прекращение приема препарата
3. антиоксиданты
4. гипосенсибилизирующая терапия
5. антигистаминные препараты

122. К Вам обратилась больная 24 лет, медицинская сестра, с жалобами на высыпания и зуд кожи кистей, которые появились после контакта с раствором фурацилина. После прекращения контакта с этим препаратом сыпь и зуд исчезли. При повторном контакте появилась разлитая гиперемия и отечность, папуловезикулезные элементы. Поставьте предположительный диагноз:

1. истинная экзема
2. +аллергический дерматит
3. микробная экзема
4. фотодерматоз
5. лекарственная токсидермия

123. Тактика лечения аллергического дерматита:

1. промывание желудка
2. +гипосенсибилизирующая терапия
3. витамины
4. антибиотикотерапия
5. гипнотерапия

124. У больного после приема раствора новокаина для снятия желудочных болей появились: слабость, головная боль, повысилась температура тела до 38,5^{0}С, в то же время на коже туловища, а затем по всему телу (кожному покрову), появилась распространенная эритематозно-уртикарная, петехиальная и папулезная сыпь, сопровождающаяся зудом.

Ваш предположительный диагноз:

1. истинная экзема (обострение)
2. дерматит
3. многоформная экссудативная эритема
4. крапивница
5. +токсидермия

125. Больной 24 лет обратился к врачу по поводу жжения, зуда и воспалительных изменений полового члена и мошонки. Заболевание развилось на следующий день после полового контакта. При осмотре: кожа полового члена и мошонки резко отечна и ярко гиперемирована. На этом фоне множество мелких пузырьков, эрозий отделяющих серозную жидкость, корочки. Границы очагов нечеткие. Поставьте клинический диагноз:

1. +аллергический дерматит
2. токсидермия
3. экзема
4. чесотка
5. почесуха

126. Больной 24 лет обратился к врачу по поводу жжения, зуда и воспалительных изменений полового члена и мошонки. Заболевание развилось на следующий день после полового контакта. При осмотре: кожа полового члена и мошонки резко отечна и ярко гиперемирована. На этом фоне множество мелких пузырьков, эрозий отделяющих серозную жидкость, корочки. Границы очагов нечеткие. Какие лечебные мероприятия необходимо провести?

антигистаминные

1. примочки
2. седативные
3. гипосенсибилизирующая терапия
4. +все перечисленное верно

127. Укажите излюбленную локализацию высыпных элементов при почесухе:

1. сгибательная поверхность верхних и нижних конечностей
2. +разгибательная поверхность верхних и нижних конечностей
3. поверхности ладоней и подошв
4. волосистая часть головы
5. лицо, шея

128. У работника цеха по производству цемента через 2 месяца работы на кистях рук, открытых участков тела появились зуд, гиперемия, переходящая в папулезную сыпь, на поверхности которой стали появляться микровезикулы и мокнутие. Очаги поражения не имеют четких границ. В анамнезе частое использование чужой верхней спецодежды, редкая ее стирка. Ваш предварительный диагноз:

1. себорейная экзема
2. контактный дерматит
3. +профессиональная экзема
4. токсидермия
5. чесотка

129. У работника цеха по производству цемента через 2 месяца работы на кистях рук, открытых участков тела появились зуд, гиперемия, переходящая в папулезную сыпь, на поверхности которой стали появляться микровезикулы и мокнутие. Очаги поражения не имеют четких границ. В анамнезе частое использование чужой верхней спецодежды, редкая ее стирка. Ваша тактика обследования больного:

1. провести иммунологическое исследование
2. провести общеклиническое обследование
3. +провести общеклиническое комплексное обследование с постановкой аллергических проб с промышленными аллергенами
4. поставить аллергологические пробы с промышленными аллергенами
5. сделать соскоб из элементов сыпи для выявления чесоточного клеща

130. К Вам обратился больной 65 лет по поводу изменения кожи левой голени. Болен 2 месяца. На месте травмы голени появились гнойнички. Затем краснота, отечность, мокнутие, корки и бордюр из отслоившегося эпидермиса по периферии очага. Очаг поражения крупнофестончатых очертаний, резко отграничен от окружающей ткани, синюшно-красного цвета, инфильтрирован. При удалении корок под ними мокнущая поверхность, микроэрозии, выделяющие серозную жидкость. Поставьте клинический диагноз:

1. истинная экзема
2. аллергический дерматит
3. себорейная экзема
4. рожистое воспаление
5. +микробная экзема

131. К Вам обратился больной 65 лет по поводу изменения кожи левой голени. Болен 2 месяца. На месте травмы голени появились гнойнички. Затем краснота, отечность, мокнутие, корки и бордюр из отслоившегося эпидермиса по периферии очага. Очаг поражения крупнофестончатых очертаний, резко отграничен от окружающей ткани, синюшно-красного цвета, инфильтрирован. При удалении корок под ними мокнущая поверхность, микроэрозии, выделяющие серозную жидкость. Тактика общей терапии:

1. +все перечисленное верно
2. десенсибилизирующая и антигистаминная терапия
3. витаминотерапия
4. нет правильного ответа
5. антибиотикотерапия

132. На прием к участковому врачу обратился пациент, 40 лет, с жалобами на недомогание, высыпные элементы. Высыпания появились после приема сульфалена. Объективно: отмечается несколько эритематозных пятен округлой формы диаметром 2-3см. Предположительный диагноз:

1. сифилис вторичный
2. аллергический дерматит
3. +фиксированная токсикодермия
4. розовый лишай Жибера
5. истинная экзема

133. На прием к участковому врачу обратился пациент, 40 лет, с жалобами на недомогание, высыпные элементы. Высыпания появились после приема сульфалена. Объективно: отмечается несколько эритематозных пятен округлой формы диаметром 2-3см. Ваша тактика лечения:

1. пенициллинотерапия
2. гипосенсибилизирующая терапия
3. +глюкокортикостероиды
4. общеукрепляющая терапия
5. антиоксиданты

134. Обратилась больная 36 лет, по поводу высыпаний на коже кистей и туловища. Больна 3 года. Заболевание протекает волнообразно. Обострения чаще наблюдаются после погрешностей в диете, особенно после употребления шоколадных конфет, а иногда и без всякой причины. Объективно: кожа лица, шеи, кистей и предплечий умеренно инфильтрирована и отечна, имеет красно-розовый цвет. На этом фоне многочисленные мелкие папулы, микровезикулы, участки мокнутия. На груди, животе, ягодицах имеются единичные эритематозно-сквамозные высыпания различных размеров и очертаний с нечеткими границами. Субъективно-умеренный зуд. Поставьте клинический диагноз:

1. нейродермит
2. аллергический дерматит
3. токсидермия
4. почесуха
5. +истинная экзема

135. Клинические признаки паратравматической экземы:

1. локализация в местах наибольшего скопления сальных желез
2. желтовато-розовые эритематозные пятна
3. жирные слоистые корки и чешуйки
4. +везикуляция, мокнутие, отсевы пустулезных элементов вокруг очага
5. симметричность поражения

136. Укажите стадии развития экзематозного процесса, все кроме:

1. +атрофическая
2. везикулезная
3. папулезная
4. эритематозная
5. корковая

137. К Вам обратилась больная 65 лет по поводу изменения кожи правого предплечья. На месте укуса комара на предплечье появились краснота, отечность, затем мокнутие, гнойнички, корки и бордюр из отслоившегося эпидермиса по

периферии очага. Больна 1,5 месяца. Объективно: очаг поражения крупнофесончатых очертаний, резко отграничен от окружающей ткани, синюшно-красного цвета, инфильтрирован. При удалении корок под ними мокнущая поверхность, микроэрозии, выделяющие серозную жидкость. Тактика лечения:

1. +все перечисленное верно
2. нет правильного ответа
3. примочки
4. гипосенсибилизирующая терапия
5. антигистаминная терапия

138. Какие морфологические элементы характерны для простого контактного дерматита:

1. +гиперемия, пузыри
2. узлы, узелки
3. пустулы, пузырки
4. бугорки, пустулы
5. волдыри, узлы

139. У больного простой контактный буллезный дерматит: какая клиническая картина соответствует диагнозу:

1. эритема, язва, черные некротические корки
2. эритема, отек в области поражения
3. +эритема, отек, пузыри с серозным содержимым
4. эритема, отек, мелкие папуло-везикулезные высыпания
5. некроз кожи и подлежащих тканей

140. Укажите диагноз заболевания при наличии следующих клинических признаков: четкие границы очага поражения; в очаге: эритема, отек, пузыри; сыпь возникла после воздействия экзогенного агента. Субъективно: жжение:

1. токсикодермия
2. +простой контактный дерматит
3. аллергический контактный дерматит
4. истинная экзема
5. профессиональная экзема

141. О каком дерматозе можно думать при наличии следующих клинических симптомов; возникновение исключительно на месте воздействия раздражающих факторов, отсутствие сенсибилизации и тенденции к диссеминации или периферическому росту, самопроизвольное разрешение после прекращения действия раздражителя.

1. истинная экзема
2. +простой контактный дерматит
3. токсикодермия
4. крапивница
5. микробная экзема

142. Один из клинических признаков аллергического дерматита:

1. лихенификация
2. экскориация
3. вегетация
4. узел
5. +эритема

143. Какие препараты необходимо назначить при лечении контактного аллергического дерматита:

1. исключить контакт
2. антигистаминные препараты
3. +все перечисленное верно
4. нет правильного ответа
5. гипосенсибилизирующие

144. Форма наружной терапии при лечении хронических дерматитов:

1. +мазь, пасты
2. кератопластические средства
3. присыпки, ванночки
4. крема, примочки
5. кератолитические средства

145. С каким заболеванием необходимо дифференцировать аллергический контактный дерматит:

1. крапивница
2. герпетиформный дерматоз Дюринга
3. вульгарная пузырчатка
4. почесуха
5. +истинная экзема

146. Какие вы знаете химические вещества, вызывающие дерматиты:

1. мази
2. +кислоты
3. пасты
4. гели
5. присыпки

147. Укажите клинические формы экземы:

1. вегетирующая
2. +микробная
3. листовидная
4. бородавчатая
5. вульгарная

148. Основным клиническим сиптомом истиной экземы является:

1. отек
2. ассиметричность поражения

3. +симптом «серозных колодцев», симметричность
4. отсевы гнойничков по периферии
5. отслойка эпидермиса по периферии очагов в виде бордюра

149. Какому заболеванию соответствуют следующие клинические признаки: зуд; симметричность поражения; нечеткие границы; истинный полиморфизм

1. микробная экзема
2. +истинная экзема
3. себорейная экзема
4. детская экзема
5. паратравматическая экзема

150. Какому заболеванию соответствуют следующие клинические проявления: очаг с четкими границами; с бахромой отслаивающегося рогового слоя эпидермиса по периферии; с профузным мокнутием, возникшим на месте отрытого перелома голени

1. +микробная экзема
2. истинная экзема
3. себорейная экзема
4. детская экзема
5. профессиональная (контактная) экзема

151. Какому заболеванию соответствуют следующие клинические проявления: на коже кистей до середины предплечий отмечается умеренная гиперемия, инфильтрация, лихенификация; периодически при контакте со смазочными маслами появляются зуд, микровезикулы, отечность; в период отпуска отмечается значительное улучшение.

1. микробная экзема
2. истинная экзема
3. себорейная экзема
4. детская экзема
5. +профессиональная (контактная) экзема

152. К Вам обратилась девушка 20 лет по поводу изменения кожи лица и волосистой части головы, сопровождающиеся зудом. Больна 1 год. Процесс распространился на ушные раковины и шею. При осмотре: на волосистой части головы наряду с большим количеством отрубевидных серовато-желтых, рыхлых чешуек, при сухих, потерявших блеск волосах, имеется большое количество корок, местами участки мокнутия. Субъективно – зуд. Поставте клинический диагноз?

1. псориаз
2. аллергический дерматит
3. токсидермия
4. пеллагра
5. +себорейная экзема

153. К Вам обратилась девушка 20 лет по поводу изменения кожи лица и волосистой части головы, сопровождающиеся зудом. Больна 1 год. Процесс распространился на ушные раковины и шею. При осмотре: на волосистой части головы наряду с

большим количеством отрубевидных серовато-желтых, рыхлых чешуек, при сухих, потерявших блеск волосах, имеется большое количество корок, местами участки мокнутия. Субъективно – зуд. Наметьте основные лечебные мероприятия:

1. ретиноиды, витаминотерапия, салициловая 2% мазь
2. кортикостероиды, препараты калия, целестодерм
3. цитостатики, противокандидозные, водный раствор метиленового синего
4. антибиотики, противодрожжевые, ихтиоловые «лепешки»
5. +антигистаминные, гипосенсибилизирующие средства, паста цинковая

154. Отметьте фактор, вызывающий аллергический дерматит:

1. все перечисленное верно
2. мази, содержащие антибиотики
3. нет правильного ответа
4. синтетические ткани
5. косметические средства

155. Отметьте пищевые продукты, исключаемые из пищи при истиной экземе:

1. белый хлеб
2. творог
3. +апельсины
4. молоко
5. отварной картофель

156. Отметьте лекарственные препараты, применяемые при истиной экземе:

1. орунгал
2. резерпин
3. микосист
4. цефтриаксон
5. +тиосульфат натрия

157. У больной, получающей в течение 5 дней по поводу пневмонии инъекции пенициллина, на коже туловища и конечностей появилась обильная сыпь в виде эритематозных пятен и волдырей, сопровождающиеся жжением и зудом. Поставьте диагноз?

1. +токсидермия медикаментозная
2. аллергический дерматит
3. герпетиформный дерматит Дюринга
4. истинная экзема
5. крапивница

158. У больной, получающей в течение 5 дней по поводу пневмонии инъекции пенициллина, на коже туловища и конечностей появилась обильная сыпь в виде эритематозных пятен и волдырей, сопровождающиеся жжением и зудом. Назначьте лечение:

1. +отмена препарата, тавегил, водная «болтушка»
2. делагил, витаминотерапия, защитные крема
3. дапсон, препараты калия, метиленовый синий

4. винкристин, микосист, флуцинар
5. ламизил, трентал, экзодерил-крем

159. У больной, получающей в течение 5 дней по поводу пневмонии инъекции пенициллина, на коже туловища и конечностей появилась обильная сыпь в виде эритематозных пятен и волдырей, сопровождающиеся жжением и зудом. Дать рекомендации по профилактике подобных явлений:

1. избегать попадания прямых солнечных лучей
2. соблюдать бессолевую диету, стол №1
3. +избегать назначения пенициллина, в случае необходимости применять другие антибиотики
4. соблюдение санитарно-гигиенических правил
5. избегать нервных стрессов

160. Для простого контактного дерматита характерны все перечисленные признаки, кроме:

1. +наличие бугорков
2. локализации в местах контакта с раздражителем
3. эритема
4. гиперемии
5. наличия пузырей.

161. Фиксированная токсидермия обычно бывает обусловлена:

1. нет правильного ответа
2. хинином
3. сульфаниламидами
4. +все перечисленное верно
5. фенолфталеином

162. Обратился больной 39 лет, с жалобами на высыпания в области верхней трети бедра, сопровождающиеся зудом. Высыпания появились после перенесенной ангины, при которой он принимал сульфаниламидные препараты. 2 года назад оперирован по поводу тромбофлебита глубоких вен. При осмотре в верхней трети бедра очаг неправильной формы размером 5х6 см в диаметре, с четкими границами. Первичные морфологические элементы представлены микровезикулами, папулами, пустулами. Ваш предварительный диагноз:

1. истинная экзема
2. микотическая экзема
3. +паратравматическая экзема
4. атопический дерматит
5. токсикодермия

163. Обратился больной 39 лет, с жалобами на высыпания в области верхней трети бедра, сопровождающиеся зудом. Высыпания появились после перенесенной ангины, при которой он принимал сульфаниламидные препараты. 2 года назад оперирован по поводу тромбофлебита глубоких вен. При осмотре в верхней трети бедра очаг неправильной формы размером 5х6 см в диаметре, с четкими границами.

Первичные морфологические элементы представлены микровезикулами, папулами, пустулами. Ваша тактика лечения:

1. диета, антигистаминные препараты, примочки с 2% борной кислотой
2. антигистаминные, фунгицидные средства, противогрибковые крема
3. диета, седативные, антигистаминные препараты, кортикостероидные мази
4. +антигистаминные, антибиотики, паста Дорогова 5%
5. кортикостероиды, диуретики, кортикостероидные мази

164. Обратился больной 39 лет, с жалобами на высыпания в области верхней трети бедра, сопровождающиеся зудом. Высыпания появились после перенесенной ангины, при которой он принимал сульфаниламидные препараты. 2 года назад оперирован по поводу тромбофлебита глубоких вен. При осмотре в верхней трети бедра очаг неправильной формы размером 5х6 см в диаметре, с четкими границами. Первичные морфологические элементы представлены микровезикулами, папулами, пустулами. Профилактические мероприятии при данном заболевании:

1. диета (исключить цитрусовые, шоколад, яйца), обследование ЖКТ
2. лечение микоза стоп, обработка обуви
3. +улучшение периферического кровоснабжения, наблюдение у сосудистого хирурга
4. диета, консультация невропатолога, санаторно-курортное лечение
5. избегать приема сульфаниламидных препаратов, при необходимости использовать антибактериальные препараты других групп

165. Кожные признаки синдрома Лайелла:

1. пузыри или эрозии развиваются на эритематозном основании
2. часто поражаются слизистые оболочки
3. +все перечисленное верно
4. отслойка эпидермиса
5. при биопсии базальный некроз

166. Больной М 37 лет обратился врачу по поводу зуда, жжение на кистях. Заболевание связывает после употребления моющего средства. При осмотре: на отечном гиперемированном фоне множественные мелкие пузыри, эрозии, отделяющий серозную жидкость, корочки, границы не четкие. Ваш предварительный диагноз:

1. почесуха
2. чесотка
3. экзема
4. +аллергический дерматит
5. токсикодермия

167. Больной М 37 лет обратился врачу по поводу зуда, жжение на кистях. Заболевание связывает после употребления моющего средства. При осмотре: на отечном гиперемированном фоне множественные мелкие пузыри, эрозии, отделяющий серозную жидкость, корочки, границы не четкие. Ваша тактика лечения:

1. витамины
2. +все перечисленное верно

3. антигистаминные
4. примочки
5. гипосенсибилизаторы

168. На прием к стоматологу обратилась больная, 36 лет с жалобами на недомогание, слабость, боль в мышцах, высыпание в ротовой полости. Высыпания связывает с приемом пенталгина. При осмотре по линии смыкание зубов и на губах пузыри размером с фасоль. Местами эрозии покрыты серовато-желтой коркой, при снятии корки кровотечение, симптом Никольского отрицательный. Ваш диагноз?

1. пузырчатка
2. токсидермия
3. +многоформная экссудативная эритема
4. красный плоский лишай
5. твердый шанкр

169. На прием к стоматологу обратилась больная, 36 лет с жалобами на недомогание, слабость, боль в мышках, высыпание в ротовой полости. Высыпания связывает с приемом пенталгина. При осмотре по линии смыкание зубов и на губах пузыри размером с фасоль. Местами эрозии, покрытые серовато-желтой коркой, при снятии корки кровотечение, симптом Никольского отрицательный. Какие лечебные мероприятия необходимо провести?

1. кортикостероидные
2. анибиотикотерапия
3. гипосенсибилизирущие
4. +все перечисленное верно
5. нет правильного ответа

170. На прием к стоматологу обратилась больная, 36 лет с жалобами на недомогание, слабость, боль в мышках, высыпание в ротовой полости. Высыпания связывает с приемом пенталгина. При осмотре в местах смыкание зубов и на губах пузыри размером фасоли. Местами эрозии покрытые серовато-желтой коркой, при снятии корки кровотечение, симптом Никольского отрицательные. Рекомендации врача?

1. санаторно-курортное лечение
2. бальнеотерапия
3. принять аналгетики
4. +консультация аллерголога
5. консультация терапевта

171. К врачу обратился больной Ш., 33 года, с жалобами на то, что после чистки зубов с зубной пастой почувствовал жжение, боль, зуд, сухость, не приятный вкус во рту. При осмотре на гиперемированном отечном фоне пузыри, эрозии. Ваш предварительный диагноз?

1. токсикодермия
2. +контактный аллергический дерматит
3. многоформная экссудативная эритема
4. пузырчатка
5. красный плоский лишай

172. К врачу обратился больной Ш., 33 года, с жалобами на то, что после чистки зубов с зубной пастой почувствовал жжение, боль, зуд, сухость, неприятный вкус во рту. При осмотре на гиперемированном отечном фоне пузыри, эрозии. Ваша тактика лечения?

1. седативные препараты
2. исключить зубную пасту
3. +полоскание ротовой полости 1% раствором танина
4. стероиды
5. анаболики

173. К врачу обратился больной Ш., 33 года, с жалобами после чистки зубов с зубной пастой почувствовал жжение, боль, зуд, сухость, безвкусицу во рту. При осмотре на гиперемированном отечном фоне пузыри, эрозии. Рекомендации врача?

1. +определять чувствительность к различным зубным пастам
2. исключить все зубные пасты
3. проба манту
4. кожная проба
5. санаторно-курортное лечение в Сарыагаш

174. Больной К. 27 лет. Болен 10 дней. После пребывания в горах, катания на лыжах, резко покраснело и отекло лицо, появились пузырьки и мокнутие. Субъективно: боль, жжение. Ваш диагноз?

1. +фотодерматит
2. экзема
3. токсикодермия
4. аллергический дерматит
5. себорея

175. Больной К. 27 лет. Болен 10 дней. После пребывания в горах, катания на лыжах, резко покраснело и отекло лицо, появились пузырьки и мокнутие. Субъективно: боль, жжение. Тактика лечения?

1. +кортикостероидные аэрозоли
2. витамины
3. антигистаминные
4. гипосенсибилизаторы
5. дезинтоксикационные

176. Больной К. 27 лет. Болен 10 дней. После пребывания в горах, катания на лыжах, резко покраснело и отекло лицо, появились пузырьки и мокнутие. Субъективно: боль, жжение. Рекомендации врача?

1. использовать солнцезащитные крема
2. избегать прямых солнечных лучей
3. +все перечисленное верно
4. нет правильного ответа
5. не выезжать в горную местность

177. По поводу сильной боли в горле больной принимал бактрим и аналгин. на второй день заметил на туловище красно-фиолетового цвета крупное пятно без шелушения. Ваш предварительный диагноз?

1. аллергический дерматит
2. экзема
3. +сульфаноамидное эритема
4. себорея
5. токсикодермия

178. При разделке мяса поранила палец, на которое была наложена тетрациклиновая мазь. К утру, кожа отекла, покраснела, появился пузырь. Ваш диагноз?

1. аллергический дерматит
2. +контактный буллезный дерматит
3. токсикодермия
4. пузырчатка
5. эризепелоид

179. Какие препараты следует назначать при биопсирующем зуде, связанном со стрессом?

1. мазь
2. седуксен
3. аминазин
4. микстура Павлова
5. +все перечисленное верно

180. Причиной возникновения крапивницы не являются:

1. глистная инвазия
2. нарушение ЖКТ
3. укусы насекомых
4. +болезнь Рейтера
5. лекарственные препараты

181. Для лечения кожного зуда назначают препараты, кроме:

1. седативные
2. антигистаминные
3. гипосенсибилизирующие
4. мази
5. +антибиотики

182. Назовите причины, приводящие к универсальному генерализованному зуду:

1. фотодерматоз
2. +все перечисленное верно
3. сахарный диабет
4. нет причины
5. цирроз печени

183. Назовите причины, приводящие к ограниченному локализованному зуду:

1. +энтеробиоз
2. фотодерматоз
3. Крапивница
4. цирроз печени
5. сахарный диабет

Ответы к тестовым заданиям для проведения контроля остаточных знаний по дисциплине «Дерматовенерология»

1.	**2.**	**3.**	**4.**	**5.**	**6.**	**7.**	**8.**	**9.**	**10.**
5	2	3	5	5	3	1	2	5	2
11.	**12.**	**13.**	**14.**	**15.**	**16.**	**17.**	**18.**	**19.**	**20.**
4	5	3	3	5	5	3	3	1	2
21.	**22.**	**23.**	**24.**	**25.**	**26.**	**27.**	**28.**	**29.**	**30.**
4	2	2	2	2	3	4	4	5	1
31.	**32.**	**33.**	**34.**	**35.**	**36.**	**37.**	**38.**	**39.**	**40.**
2	3	1	6	3	3	1	4	2	4
41.	**42.**	**43.**	**44.**	**45.**	**46.**	**47.**	**48.**	**49.**	**50.**
1	2	4	1	2	3	5	5	1	4
51.	**52.**	**53.**	**54.**	**55.**	**56.**	**57.**	**58.**	**59.**	**60.**
2	2	2	1	2	4	3	3	2	1
61.	**62.**	**63.**	**64.**	**65.**	**66.**	**67.**	**68.**	**69.**	**70.**
3	4	5	5	5	5	4	5	5	2
71.	**72.**	**73.**	**74.**	**75.**	**76.**	**77.**	**78.**	**79.**	**80.**
5	5	5	1	5	4	5	5	1	5
81.	**82.**	**83.**	**84.**	**85.**	**86.**	**87.**	**88.**	**89.**	**90.**
5	5	5	3	5	5	5	5	2	1
91.	**92.**	**93.**	**94.**	**95.**	**96.**	**97.**	**98.**	**99.**	**100.**
5	1,4	2,4	5	3	6	2	2	2	4
101.	**102.**	**103.**	**104.**	**105.**	**106.**	**107.**	**108.**	**109.**	**110.**
2	3	4	4	3	1	1	4	5	3
111.	**112.**	**113.**	**114.**	**115.**	**116.**	**117.**	**118.**	**119.**	**120.**
5	4	4	2	4	2	1	2	1	2
121.	**122.**	**123.**	**124.**	**125.**	**126.**	**127.**	**128.**	**129.**	**130.**
2	2	2	5	1	4	2	3	3	5
131.	**132.**	**133.**	**134.**	**135.**	**136.**	**137.**	**138.**	**139.**	**140.**
1	3	3	5	4	1	1	1	3	2
141.	**142.**	**143.**	**144.**	**145.**	**146.**	**147.**	**148.**	**149.**	**150.**
2	5	3	1	5	2	2	3	2	1
151.	**152.**	**153.**	**154.**	**155.**	**156.**	**157.**	**158.**	**159.**	**160.**
5	5	5	1	3	5	1	1	3	1
161.	**162.**	**163.**	**164.**	**165.**	**166.**	**167.**	**168.**	**169.**	**170.**
4	3	4	3	3	4	2	3	4	4
171.	**172.**	**173.**	**174.**	**175.**	**176.**	**177.**	**178.**	**179.**	**180.**
2	3	1	1	1	3	3	2	5	4
181.	**182.**	**183.**							
5	2	3							

Примерные ситуационные задачи для проведения текущего контроля и контроля остаточных знаний по дисциплине «Дерматовенерология»

Задача № 1

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 №1

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 № 2

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 №2

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 № 3

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 №3

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 № 4

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 № 4
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 № 5
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 № 5
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 № 6
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 № 6
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 № 7.

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 № 7.

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 № 8.

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 №8.

1. Медикаментозная токсикодермия.

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

3. Профилактика – исключить прием аспирина.

Задача № 9.

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‰ белка.

Вопросы:

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

Эталоны ответов к задаче № 9.

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 № 10.

Больная Ш. 25 лет обращалась к дерматологу с жалобами на красноту, болезненность в области шеи и нижней части лица. Больна 2 дня.

Общее состояние удовлетворительное. На шее, подбородке, щеках кожа гиперемирована, немного отечна. Из анамнеза: у пациентки появился зуд и краснота кожи лица и шеи после того, как она надела пальто с черным крашеным меховым воротником. До этого подобного заболевания не было.

Вопросы:

1. Возможный диагноз?
2. Назначьте лечение.
3. Профилактика рецидива?

Эталоны ответов к задаче № 10.

1. У больной, по-видимому, урсоловый дерматит.
2. Лечение: устранить контакт с краской, паста Лассара, диазолин на ночь 0,05.
3. Необходимо исключить какой-либо контакт с аллергеном (не носить это пальто или сменить воротник).

Задача № 11.

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 № 11.

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 № 12.

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 № 12.

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 №13.

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 № 13.

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 № 14.

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 № 14.

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 № 15.

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 № 15.

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.