

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

Медицинский институт

Факультет послевузовского профессионального образования

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
по учебной дисциплине «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»,
для обучающихся по программам подготовки кадров высшей
квалификации

(Ординатура)

Майкоп 2020г.

УДК 616.5 (07)

ББК 55.83

У-91

Рецензент: доцент, кандидат медицинских наук **Намитоков Х.А.**

Составители: доцент, кандидат медицинских наук **Верба Я.И.**

доцент, кандидат медицинских наук **Плаксина И.А.**

Данное учебно-методическое пособие по дисциплине «Дерматовенерология» содержит примеры тестовых заданий и ситуационные задачи для проведения контроля знаний.

ВВЕДЕНИЕ

Цель послевузовского профессионального образования врача дерматовенеролога является подготовка квалифицированного специалиста, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, теоретическая и практическая подготовка выпускников по вопросам этиологии, патогенеза, клиники и диагностики, дифференциальной диагностики, оценки результатов клинического и лабораторного обследования больного, лечения и профилактики основных кожных и венерических заболеваний.

Задачи:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача по специальности «дерматовенерология», способного успешно решать свои профессиональные задачи.

2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача по специальности «дерматовенерология», обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.

3. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов.

4. Подготовить врача по специальности «дерматовенерология», владеющего навыками и врачебными манипуляциями в соответствии с квалификационными требованиями и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.

5. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу дерматовенерологу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

6. Освоить методы диагностики, дифференциальной диагностики основных заболеваний; освоение методов лечения больных;

7. Освоить методы формирования здорового образа жизни семьи, соблюдение личностного подхода, требования врачебной этики и медицинской деонтологии при проведении среди населения оздоровительных, профилактических, лечебно-диагностических мероприятий;

8. Владеть техникой выполнения врачебных манипуляций в соответствии с программой;

9. Сформировать умения и навыки самостоятельной научно-исследовательской деятельности;

10. Изучить правовую базу деятельности врача и освоить нормы медицинской этики и деонтологии.

Дисциплина «Дерматовенерология» относится к базовой части Блока 1.

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины

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)

В результате изучения дисциплины обучающиеся **должны**

знать:

- законодательство Российской Федерации, регулирующее деятельность органов и учреждений здравоохранения и организацию медицинской помощи населению по профилю «Дерматовенерология»;
- правовые вопросы российского здравоохранения;
- общие вопросы организации медицинской помощи в стране;
- профилактическое направление в дерматовенерологии;
- общие вопросы стандартизации лекарственных средств, экспертизы трудоспособности и медицинского страхования в дерматовенерологии;
- права и обязанности врача-дерматовенеролога;
- этику и деонтологию в дерматовенерологии;
- анатомо-физиологические особенности кожи и слизистых, придатков кожи; взаимосвязь кожи с другими органами и системами, их регуляцию;
- этиологию и патогенез дерматозов, новообразований кожи, заболеваний волос, микозов гладкой кожи и её придатков, лепры;
- эпидемиологию заразных кожных болезней, микозов и лепры;
- противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции при заразных кожных болезнях, микозах и лепре;
- клинические проявления дерматозов, новообразований кожи, заболеваний волос, микозов гладкой кожи и её придатков, лепры;
- патоморфологические изменения кожи при дерматозах, новообразованиях кожи, и лепре;
- современные методы диагностики дерматозов, микозов гладкой кожи и её придатков, лепры;
- основы и принципы проведения дифференциальной диагностики дерматозов,

новообразований кожи, заболеваний волос, микозов гладкой кожи и её придатков, лепры;

- показания для направления пациентов к другим врачам-специалистам для дифференциальной диагностики;
- принципы лечения дерматозов, новообразований кожи, заболеваний волос, микозов гладкой кожи и её придатков, лепры;
- показания к госпитализации больных дерматозами, микозами гладкой кожи и её придатков, лепрой;
- меры профилактики дерматозов, микозов гладкой кожи и её придатков, лепры;
- формы и методы санитарного просвещения;
- средства и методы реабилитации, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;
- основы диетотерапии при дерматозах;
- критерии временной и стойкой утраты трудоспособности больных, дерматозами, микозами гладкой кожи и её придатков, лепрой;
- принципы диспансеризации больных дерматозами, лепрой;
- особенности ухода за кожей и лечения дерматозов и микозов у детей;
- средства и методы реабилитации, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;
- особенности клинической картины и лечения дерматозов у ВИЧ-инфицированных пациентов;
- строение и функции органов мочеполовой и репродуктивной системы у взрослых и детей;
- этиологию, патогенез, эпидемиологию инфекций, передаваемых половым путем;
- особенности клинической картины неосложненных и осложненных форм инфекций, передаваемых половым путем и урогенитальных инфекций у лиц разного возраста и пола;
- дифференциальную диагностику инфекций, передаваемых половым путем и урогенитальных инфекций;
- показания для направления пациентов к другим врачам-специалистам для дифференциальной диагностики;
- правила получения клинического материала от больного инфекциями, передаваемыми половым путем и урогенитальными инфекциями и доставки в лабораторию для проведения исследований;
- современные методы лабораторной диагностики инфекций, передаваемых половым путем и урогенитальных инфекций;
- современные методы инструментального обследования больных инфекциями, передаваемыми половым путем и урогенитальными инфекциями;
- принципы лечения инфекций, передаваемых половым путем и урогенитальных инфекций, показания к назначению и схемы лечения, противопоказания к применению лекарственных средств в терапии заболеваний, передаваемых половым путем и урогенитальных инфекций;
- физиотерапевтические методы лечения, применяемые при осложненных формах инфекций, передаваемых половым путем;
- показания к госпитализации больных инфекциями, передаваемыми половым путем;
- профилактические мероприятия, направленные на предупреждение распространения инфекций, передаваемых половым путем;
- формы и методы санитарного просвещения;
- противоэпидемические мероприятия в очаге инфекций, передаваемых половым путем;
- критерии временной и стойкой утраты трудоспособности больных инфекциями, передаваемыми половым путем;

– сроки проведения и критерии контроля излеченности инфекций, передаваемых половым путем.

УМЕТЬ:

– оценить жалобы пациента, общее и функциональное состояние кожи и её придатков, подкожной жировой клетчатки, лимфатических узлов;

– провести анализ анамнестических данных и субъективных симптомов заболевания;

– провести дерматоскопию и интерпретацию полученных результатов;

– получить биопсийный материал;

– получить патологический материал от больных (эпидермальные чешуйки, ногтевые пластины, пораженные волосы, содержимое пузыря, мазок-отпечаток);

– провести исследования функциональных свойств кожи (десквамация, пигментация, трансдермальная потеря жидкости, эластичность кожи, кислотно-щелочной баланс кожи, себуметрия);

– провести трихологическое исследование;

– интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований;

– провести дифференциальную диагностику доброкачественных и злокачественных новообразований кожи;

– поставить диагноз на основании данных анамнеза, результатов физикального обследования, лабораторных и инструментальных исследований;

– составить план обследования и лечения;

– дать рекомендации по питанию больных, «базовому» уходу за кожей и созданию «гипоаллергенного быта»;

– провести деструкцию (электро-, лазерная, радиоволновая коагуляция, криодеструкция и другие методы) и механическое удаление новообразований;

– провести внутрикожное, внутриочаговое введение лекарственных препаратов;

– провести терапию дерматозов аппаратными методами;

– информировать пациента о процедурах для самостоятельного выполнения;

– заполнять медицинскую документацию;

– назначить лекарственные препараты и выписать рецепты;

– проводить терапию современными иммуностропными препаратами системного и топического действия;

– проводить системную терапию в т.ч. цитостатиками, иммунобиологическими препаратами;

– проводить контроль состояния больного и переносимость проводимой терапии;

– выявить и предупредить возможные осложнения лекарственной терапии;

– оценить субъективные симптомы инфекций, передаваемых половым путем и урогенитальных инфекций;

– составить план обследования больного инфекциями, передаваемыми половым путем и урогенитальными инфекциями;

– провести физикальное обследование больного инфекциями, передаваемыми половым путем и урогенитальными инфекциями, в том числе проведение осмотра на гинекологических зеркалах, бимануального гинекологического обследования, трансректального исследования предстательной железы;

– определить комплекс лабораторных и инструментальных исследований для диагностики инфекций, передаваемых половым путем, урогенитальных инфекций и их осложнений;

– получить клинический материал для лабораторных исследований (из уретры, влагалища, цервикального канала, прямой кишки, ротоглотки, предстательной железы, материала с патологических высыпаний в аногенитальной области);

– обеспечить хранение и транспортировку в лабораторию биологического материала от больного инфекциями, передаваемыми половым путем и урогенитальными

инфекциями;

- интерпретировать результаты лабораторных исследований (микроскопического, бактериологического, молекулярно-биологического, иммунохимических);
- провести кольпоскопическое и уретроскопическое исследование и интерпретировать их результаты;
- выявить показания к госпитализации больного инфекциями, передаваемыми половым путем;
- составить план лечения и назначить его больному инфекциями, передаваемыми половым путем;
- провести терапию заболеваний, передаваемых половым путем аппаратными методами;
- определить сроки контрольного обследования для оценки эффективности проведенной терапии;
- решить вопрос о трудоспособности больного инфекциями, передаваемых половым путем, определение доступных и противопоказанных условий и видов труда;
- провести мероприятия, направленные на профилактику инфекций, передаваемых половым путем.

Владеть:

1. Методикой клинического обследования больного кожными заболеваниями и ИППП по профилю «Дерматовенерология».
2. Методикой определения основных морфологических элементов сыпи.
3. Методикой описания патологического процесса при различных дерматозах и ИППП.
4. Методикой заполнения и ведения медицинской документации (амбулаторных карт, историй болезни, учетных форм, экстренных извещений, оформление больничных листов, оформление санаторно-курортной карты и др.).
5. Методикой определения практической значимости, принципов и навыков воспроизведения основных клинико – диагностических симптомов и проб, используемых в дерматовенерологии.

Диагностические феномены:

- определение псориатической триады Ауспитца – симптомов «стеаринового пятна»,
- «терминальной пленки» и «капельного кровотечения»
- определение симптома Пильнова, Воронова
- определение изоморфной реакции кожи (феномена Кебнера)
- определение симптома Пospelова-Неймана на слизистой оболочке внутренней поверхности щек
- определение феномена Уикхема (сетки Уикхема) определение кожного дермографизма определение симптома «полированных ногтей» определение симптом Денъе-Моргана определение симптом «зимней стопы» определение симптома «меховой шапки» определение симптома Унны-Дарье
- определение симптома Никольского определение симптома Асбо-Гансена
- определение симптома «груши» (симптом Шеклова) определение симптома «яблочного желе» определение симптома «проваливания зонда» определение симптома Бенъе-Мещерского определение симптома «медовых сот Цельса» определение симптома Унны
- определение симптома «кокарды»
- определение симптома Горчакова – Арди, Базена, Сезари определение симптома «волосатого языка»
- определение симптома «облатки»
- определение симптома «пурпуры» (Брокка-Иванова) определение симптома «белой полосы» (феномен Бернгардта) определение симптома Ядассона

- определение симптома «четок»
- определение симптома «лакированные» подушечки пальцев (Куклина-Суворовой) определение симптома «стружки» (симптом Бенье)
- определение симптома «кисета» определение симптома «терки».

Клинико-диагностические пробы (Бальцера, Ядассона, Томпсона, Минора, Мицуды, метод «диаскопии»).

6. Методикой забора патологического материала (с очагов на коже, крови и других) на микроскопическое исследование возбудителя (стафилококки, стрептококки, бледной трепонемы и др. бактерий)

7. Методикой взятия материала для исследования на клещи и выявление чесоточных ходов (метод извлечения клещей иглой; метод тонких срезов; метод послыного соскоба; метод щелочного препарирования кожи; экспресс-диагностика чесотки с применением 40% водного раствора молочной кислоты).

8. Методикой забора материала для исследования на потовую железницу.

9. Методикой забора материала на выявление вшей.

10. Методикой исследования функциональных свойств кожи (десквамации, пигментации, трансдермальной потери жидкости, эластичности кожи, рН кожи, себуметрии).

11. Методикой забора материала и исследование на акантолитические клетки Тцанка.

12. Выявление моллюсковых телец («творожистой массы») при контагиозном моллюске.

13. Методикой забора материала на грибы с гладкой кожи, волос, ногтей.

14. Методикой наложения влажновысыхающей повязки, примочек, компрессов.

15. Методами криодеструкции, электрокоагуляции.

16. Техниккой взятия биопсийного материала.

17. Техниккой дерматоскопии.

18. Техниккой взятия материала на КСР, РИФ, РИБТ, РПГА.

19. Техниккой взятия материала на ИФА, ПЦР.

20. Методами исследования на ВИЧ (ИФА, иммуноблотинг, ПЦР).

21. Проведением и интерпретацией 2-х и 3-х стаканной пробы Томпсона.

22. Методикой забора материала для микроскопического и культурального исследования на гонококки из уретры у мужчин и женщин, а также из влагалища, цервикального канала и прямой кишки. Окраска и микроскопия гонококков по методу Грамм.

23. Методикой забора материала для микроскопического и культурального исследования на трихомонады, хламидии, уреаплазму из уретры у мужчин и женщин, а также из влагалища, цервикального канала, прямой кишки.

24. Техниккой пальпации предстательной железы, массажа, взятия секрета.

25. Методикой обследования простаты и семенных пузырьков.

26. Методикой уретроскопии и лечебных тампонад.

27. Методикой инстилляций лекарственных веществ в уретру.

28. Методикой промывания уретры по Жане.

29. Методикой исследование стенок уретры на прямом буже.

30. Методикой массажа уретры на прямом буже.

31. Методикой осмотра шейки матки и ректум в зеркалах.

1. ОБЩАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

1. Из каких эмбриональных зачатков формируются эпидермис и придатки кожи?

1. Эктодерма
2. Мезодерма
3. Верны варианты 1 и 2
4. Верно все перечисленное

Правильный ответ: эпидермис и придатки кожи (ногтевые пластинки, волосы, сальные и потовые железы) формируются из эктодермы (выбор 1), чем и объясняется поражение ногтей при псориазе, экземе и гнездной алопеции. Из мезодермы (выбор 2) формируется собственно кожа и подкожная жировая клетчатка.

2. Кожа состоит из:

1. 3 слоев
2. 5 слоев
3. 6 слоев
4. 7 слоев
5. Слои не выделяются

Правильный ответ: кожа состоит из 3 слоёв (выбор 1) - эпидермиса, дермы, подкожной клетчатки. Эпидермис — наружный слой кожи, состоящий из кератиноцитов, или эпидермальных клеток. Под эпидермисом располагается дерма, в состав которой входят волокнистая соединительная ткань, основное (аморфное) вещество, клеточные элементы и придатки кожи (волосяные фолликулы, сальные железы, апокринные и эккринные железы). В дерме также находится большое количество кровеносных и лимфатических сосудов и нервов. Под дермой располагается гиподерма, состоящая из жировой ткани, крупных кровеносных сосудов и нервов; кроме того, в гиподерме находятся основания волосяных фолликулов и потовые железы.

3. Эпидермис состоит из:

1. 7 слоёв
2. 10 слоёв
3. 4 слоёв
4. 5 слоёв
5. 6 слоёв

Правильный ответ; эпидермис состоит из 5 слоев: базального, шиповатого, зернистого, блестящего и рогового (выбор 4). Базальный слой (*stratum basalis*) представлен кубовидными или цилиндрическими клетками, которые располагаются на базальной мембране, разделяющей эпидермис и дерму. Базальный слой состоит из герминативных клеток, в которых

наблюдается большое количество митозов. Три слоя, расположенные выше базального, различаются гистологически и представляют собой различную степень дифференцировки кератиноцитов в роговые клетки при движении кнаружи. Над базальным слоем находится шиповатый слой. Это название связано с тем, что большое количество десмосом и кератиновых филаментов создает впечатление шипов. Над шиповатым слоем располагается зернистый. В этом слое формируются кератогиалиновые гранулы, связывающие тонофиламенты в крупные электронноплотные массы в цитоплазме, что создает вид зернистости. В зернистом слое образуются кератогиалиновые гранулы, которые присоединяются к филаментам кератина (тонофиламентам). Следствием этого является появление больших электронноплотных масс в цитоплазме, которые придают данному слою гранулярный вид. В роговом слое (*stratum corneum*) кератиноциты не содержат ядра и органеллы. Кератиновые филаменты и кератогиалиновые гранулы образуют аморфные массы в кератиноцитах, последние становятся уплощенными и удлинненными, превращаясь в корнеоциты. Они удерживаются друг с другом за счет остатков десмосом и "цементирующей субстанции", образующейся в межклеточных пространствах из органелл, называемых тельцами Орланда.

4. Укажите слои дермы:

1. Зернистый и шиповатый слой
2. Роговой и блестящий слой
3. Сосочковый и ретикулярный слой
4. Все перечисленное верно
5. Ничего из перечисленного

Правильный ответ: дерма делится на две значительно различающиеся части — сосочковую и ретикулярную (выбор 3). Поверхностная сосочковая дерма представляет собой относительно тонкую зону, располагающуюся под эпидермисом. Основную массу дермы составляет ретикулярная часть. В ней меньше сосудов, чем в сосочковой дерме, но много толстых, четко очерченных коллагеновых волокон. Зернистый, шиповатый, роговой и блестящий слои (выбор 1, 2) входят в состав эпидермиса.

5. Каковы функции дермы?

1. Терморегуляция
2. Механическая защита
3. Иннервация кожи
4. Верно 1 и 2
5. Все верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 5). Терморегуляция кожи (выбор 1) обеспечивается посредством изменения интенсивности кровотока в сосудах дермы и потоотделения эккринными потовыми железами. Механическая защита (выбор 2) подлежащих структур выполняется соединительной тканью и гиалуроновой кислотой. Кожная чувствительность (выбор 3) обеспечивается нервными волокнами, которые локализируются в дерме.

6. Как различить плоское поражение кожи от возвышающегося?

1. Методом пальпации
2. Методом граттажа
3. Методом витропрессии
4. Аускультацией
5. Перкуссией

Правильный ответ: методом пальпации (выбор 1) Наиболее подходящий метод для определения возвышающегося поражения кожи - пальпация. Информативной является также и визуальная оценка высыпаний. Методом граттажа определяется наличие или отсутствие шелушения (выбор 2), методом витропрессии (выбор 3) дифференцируются сосудистый и геморрагический, а также воспалительный и невоспалительный характер высыпаний. Аускультация и перкуссия не являются дерматологическими методами исследования.

7. Укажите функции эпидермиса:

1. Барьерная
2. Защита от УФО
3. Иммунологическая
4. Предохранение от обезвоживания, поддержание гомеостаза
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5). Наиболее важные функции эпидермиса — защита от факторов окружающей среды (выбор 1). Роговой слой играет наиболее важную роль в защите от токсинов и обезвоживания кожи и организма. Многие токсины представляют собой неполярные соединения, которые способны относительно легко проникать через богатые липидами межклеточные пространства рогового слоя, тем не менее, извитые границы между клетками в роговом и нижерасположенных слоях являются надежным барьером от них. Ультрафиолетовое излучение эффективно отражается роговым слоем и поглощается меланосомами (выбор 2). Меланосомы концентрируются над ядрами кератиноцитов в виде зонтика, защищая как ядерную ДНК, так и дерму. В нормальном эпидермисе содержание воды уменьшается от 70-75 % в глубоких слоях до 10-15 % в

основании рогового слоя. Предупреждение обезвоживания и поддержание гомеостаза (выбор 4) — исключительно важная функция эпидермиса, поскольку его значительное повреждение (например, при токсическом эпидермальном некролизе) приводит к гибели организма. Иммунный надзор против чужеродных антигенов (выбор 3) связан с функцией клеток Лангерганса, расположенных между кератиноцитами. Клетки Лангерганса поглощают внешний антиген и готовят его для представления Т-лимфоцитам в лимфатических узлах. Воспалительные клетки (нейтрофилы, эозинофилы, лимфоциты) противостоят проникновению микроорганизмов в эпидермис и нижние слои кожи.

8. Из каких эмбриональных зачатков формируется дерма (собственно кожа) и гиподерма (подкожная жировая клетчатка)?

1. Эктодерма
2. Мезодерма
3. Нейроэктодерма
4. Верно 1 и 2.
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: собственно кожа и подкожная жировая клетчатка формируются из мезодермы (выбор 2), поскольку эти две составные части кожи представлены в основном соединительной тканью. Из эктодермы (выбор 1) формируется эпидермис и придатки кожи (ногтевые пластинки, волосы, сальные и потовые железы), из нейроэктодермы (выбор 3) - кожные нервы.

9. Укажите признак, характерный для прогрессирующей стадии ряда хронически протекающих дерматозов:

1. Температурная реакция.
2. Кожный зуд.
3. Артралгия.
4. Дизурия.
5. Все перечисленное не верно.

Правильный ответ: зуд кожи (выбор 2) во многих случаях является субъективным симптомом многих дерматозов: нейродермит, экзема, красный плоский лишай, герпетиформный дерматоз Дюринга и другие. Температурная реакция (выбор 1), артралгия (выбор 3) и дизурия (выбор 4) являются признаками ряда остро воспалительных инфекционноаллергических дерматозов (например, сифилис, многоформная экссудативная эритема и др.).

10. Специальным методом исследования элементов сыпи является:

1. Обнаружение чесоточного клеща
2. Биохимический анализ крови
3. Исследование люминесцентной лампой Вуда
4. Витропрессия (диаскопия)
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: витропрессия, или диаскопия (выбор 4) является специальным методом обследования для установления воспалительного или невоспалительного, сосудистого или геморрагического характера сыпи, а также выявления ряда диагностических феноменов (напр., «яблочного желе»). Остальные перечисленные методы являются лабораторными (обнаружение чесоточного клеща (выбор 1), биохимический анализ крови (выбор 2)) или аппаратными (исследование люминесцентной лампой Вуда (выбор 3)).

11. Укажите неверное утверждение:

1. Эккриновые потовые железы развиваются из эпидермиса.
2. У апокриновых потовых желез, сальных желез и волосяного фолликула общее происхождение.
3. Выводные протоки эккриновых потовых желез впадают в волосяной фолликул.
4. Молочные железы - модифицированные потовые железы.
5. Эккриновые потовые железы встречаются у высших приматов и лошадей.

Правильный ответ: выводные протоки эккриновых потовых желез впадают в волосяной фолликул (выбор 3). Выводные протоки эккриновых потовых желез проходят через дерму, эпидермис и открываются непосредственно на поверхности кожи. Эккринные железы располагаются по всему кожному покрову, за исключением губ, ногтевого ложа и головки полового члена. Функция эккринных потовых желез — терморегуляция за счет выделения пота, в состав которого входят, в основном, вода и электролиты (испарение сопровождается охлаждением организма).

12. Из перечисленных ниже элементов выберите первичный инфильтративный:

1. Везикула
2. Пузырь
3. Рубец
4. Папула
5. Пустула

Правильный ответ: папула (выбор 4) - элемент, обусловленный образованием в коже инфильтрата вследствие отложения экзогенных

веществ или продуктов метаболизма, клеточной инфильтрации, локальной гиперплазии. Рубец (выбор 3) является вторичным элементом, а пустула (выбор 5), везикула (выбор 1) и пузырь (выбор 2) - экссудативными первичными морфологическими элементами.

13. При каких нижеперечисленных заболеваниях встречается атрофия кожи?

1. Склеродермия
2. Псориаз
3. Пузырчатка
4. Герпес
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: склеродермия (выбор 1). Атрофия — истончение эпидермиса, дермы или подкожной клетчатки. При атрофии эпидермиса кожа напоминает папиросную бумагу, появляется западение на поверхности кожи. При других перечисленных дерматозах (выбор 2, 3, 4) атрофии кожи не наблюдается. Исключение составляют язвенно - некротические формы герпеса.

14. Для какого заболевания характерен симптом Кёбнера?

1. Вторичный период сифилиса
2. Пузырьковый лишай
3. Псориаз
4. Гнездная алопеция
5. Врожденный буллезный эпидермолиз

Правильный ответ: псориаз (выбор 3). Феномен Кёбнера наблюдается при некоторых заболеваниях кожи, например, при красном плоском лишае, нитевидном лишае и псориазе, саркоме Капоши. Характеризуется возникновением новых элементов сыпи, характерных для данного дерматоза, на месте травмы эпидермиса. Симптом Кёбнера учитывается при дифференциальной диагностике дерматозов. При вторичном периоде сифилиса (выбор 1), пузырьковом лишае (выбор 2), гнездовой алопеции (выбор 4), врожденном буллезном эпидермолизе (выбор 5), изоморфная реакция Кёбнера не возникает.

15. Какие из перечисленных препаратов не относятся к антигистаминным?

1. Димедрол
2. Кетотифен
3. Парлазин
4. Эналаприл

5. Супрастин

Правильный ответ: эналаприл (выбор 4) - ингибитор АПФ. Он подавляет образование ангиотензина II и устраняет его сосудосуживающее действие. Димедрол, кетотифен, супрастин, парлазин обладают выраженным антигистаминным действием за счет блокирования H1 гистаминовых рецепторов и торможения высвобождения этого медиатора (выбор 1,2,3,5).

16. Какое состояние не является осложнением системной терапии кортикостероидами (КС)?

1. Остеопороз
2. Синдром Кушинга
3. Стероидная гипертония
4. Ихтиоз
5. Психические расстройства.

Правильный ответ: ихтиоз (выбор 4). Ихтиоз является наследственным заболеванием, относящимся к группе генодерматозов. Остеопороз (выбор 1) при применении КС обусловлен усиленным выведением кальция. Стероидная гипертония (выбор 3) обусловлена задержкой натрия и потерей калия, синдром Кушинга (выбор 2) - перераспределением жировых отложений. При длительном применении КС препаратов возможно развитие психических расстройств (выбор 5) - бессонницы, возбуждения, эпилептиформных судорог, эйфории.

17. Как называется процесс нарушения кератинизации, при котором в эпидермисе полностью или частично исчезает зернистый слой, утолщается роговой слой, и в нем появляются палочковидные ядра?

1. Паракератоз
2. Спонгиоз
3. Акантолиз
4. Гиперкератоз
5. Гипергранулез

Правильный ответ: паракератоз (выбор 1), который клинически проявляется шелушением и имеет место при псориазе, экземе, дерматите. Спонгиоз (выбор 2) — процесс, характеризующийся возникновением полостей между клетками шиповатого слоя. Акантолиз (выбор 3) - патологический процесс, в результате которого утрачивается связь между клетками. Гиперкератоз (выбор 4) - патологический процесс, характеризующийся утолщением рогового слоя. Гипергранулез (выбор 5) - увеличение числа клеток зернистого слоя.

18. При каком заболевании первичным элементом является бугорок?

1. Псориаз
2. Розовый лишай
3. Красный плоский лишай
4. Туберкулезная волчанка
5. Крапивница

Правильный ответ: туберкулезная волчанка (выбор 4). При этом заболевании на коже возникают желтовато-красные туберкулезные бугорки (люпомы). При надавливании предметным стеклом данные элементы приобретают светло-желтый цвет (симптом «яблочного желе»). При розовом лишае (выбор 2) на коже туловища возникают пятна, поверхность которых шелушится мелкими чешуйками, напоминает папиросную бумагу. При красном плоском лишае (выбор 3) возникают плоские папулы с блестящей восковидной поверхностью. Папулы чаще всего фиолетового цвета и имеют пупковидное вдавление в центре. Крапивница (выбор 5) сопровождается появлением на коже быстроисчезающих зудящих волдырей.

19. К факторам, влияющим на распространение венерических заболеваний, относятся:

1. Демографические сдвиги
2. Свобода сексуальных отношений
3. Употребление наркотиков
4. Туризм, миграция населения
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5).

Демографические сдвиги (выбор 1) приводят к преобладанию молодого населения, наиболее подверженного ИППП, вызывают социальные процессы, способствующие распространению данных заболеваний. Изменение сексуальных отношений (выбор 2) способствует возникновению новых механизмов передачи инфекции. Употребление наркотиков (выбор 3) изменяет модель поведения (в том числе полового) человека, делая его более раскрепощенным, что увеличивает вероятность случайных половых связей. Международный туризм и активная миграция населения (выбор 4) имеют также важное значение в распространении ИППП.

2. ЧАСТНАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

Пиодермии

1. К поверхностным стафилодермиям не относят:

1. Остиофолликулит Бокхарта
2. Сикоз стафилококковый
3. Буллезное импетиго
4. Фолликулит
5. Эпидемическую пузырчатку новорожденных

Правильный ответ: буллезное импетиго (выбор 3) - острая, высококонтагиозная, поверхностная пиодермия стрептококковой этиологии. Остиофолликулит Бокхарта (выбор 1), сикоз стафилококковый (выбор 2), фолликулит (выбор 4), эпидемическая пузырчатка новорожденных (выбор 5) относят к поверхностным пиодермиям, вызываемым стафилококком.

2. Для сикоза паразитарного характерно:

1. Острое течение без рецидивов
2. Положительные кожные пробы с трихофитином
3. Симптомы интоксикации (температура до 39°, головная боль)
4. Положительный эффект от традиционной антибиотикотерапии
5. Обнаружение спор грибов вокруг волоса

Правильный ответ: положительный эффект от традиционной антибиотикотерапии (выбор 4), так как данное заболевание является микозом инфильтративно-нагноительного характера и требует назначения системных антимикотиков (гризеофульвин, итраконазол, тербинафин, кетоконазол). Возбудителем данного заболевания является трихофитон эктотрикс, который вызывает развитие типичной клинической картины с острым течением (выбор 1), симптомами интоксикации (выбор 3). Лабораторное подтверждение диагноза включает: обнаружение спор грибов вокруг волоса (выбор 5), положительные кожные пробы с трихофитином (выбор 2).

3. Какой из перечисленных микроорганизмов не является возбудителем пиодермии?

1. Стафилококк
2. Стрептококк
3. Палочка Коха
4. Синегнойная палочка
5. Протей вульгарный

Правильный ответ: палочка (бацилла) Коха (выбор 3). Палочка Коха является возбудителем туберкулеза. Наиболее частыми возбудителями пиодермий являются стрептококк (выбор 2) и стафилококк (выбор 1), однако

в некоторых случаях пиодермии вызывают и другие микроорганизмы, например, синегнойная палочка (выбор 4), протей вульгарный (выбор 5).

4. Какие препараты не применяют для лечения пиодермий?

1. Системные антибиотики
2. Общеукрепляющие средства
3. Большие дозы системных глюкокортикоидов
4. Иммунокорректоры
5. Витамины А, С, В

Правильный ответ: большие дозы системных глюкокортикоидов (выбор 3). Эти препараты оказывают иммуносупрессивное действие, способствуя возникновению или генерализации пиодермии. Системные антибиотики (выбор 1) широкого спектра действия показаны при лечении пиодермий с учетом чувствительности патогенной флоры в случаях распространенных пиодермий, локализации в области лица и шеи, глубоких слоях кожи, а также развитие осложнений при присоединении вторичной инфекции на фоне основного заболевания. Общеукрепляющие средства (выбор 2) улучшают обмен веществ в коже, улучшают адаптационные возможности организма, повышают сопротивляемость к инфекции. Иммунокорректоры (выбор 4) специфические и неспецифические показаны для коррекции иммунных функций при рецидивирующих стрептококковых или стафилококковых пиодермиях, хронических, абсцедирующих пиодермиях. Витамины (выбор 5) в лечебных дозах способствуют улучшению обмена веществ в коже, стимулируя ее регенерацию и повышая противомикробную резистентность.

5. Укажите заболевание, не относящееся к стрептодермиям:

1. Буллёзное импетиго
2. Щелевидное импетиго
3. Фурункул
4. Рожа
5. Вульгарная эктима

Правильный ответ: фурункул (выбор 3). Фурункул — это острое гнойнонекротическое воспаление сально-волосяного фолликула и окружающей его ткани, относится к глубоким стафилодермиям. Буллёзное импетиго 13 (выбор 1), щелевидное импетиго (выбор 2) и рожа (выбор 4) являются клиническими вариантами стрептококковых поражений кожи (поверхностная стрептодермия). Вульгарная эктима - глубокое стрептококковое поражение кожи, возникающее на фоне иммунодефицита.

6. Укажите клиническую ситуацию, требующую назначения системной противомикробной терапии при одиночном фурункуле

1. Фурункул в стадии инфильтрации
2. Фурункул в стадии отторжения гнойно-некротического стержня
3. Фурункул в стадии рубцевания
4. Фурункул на коже предплечья
5. Фурункул в области лица или шеи

Правильный ответ: фурункул в области лица или шеи (выбор 5), где хорошо развита подкожная клетчатка, в которой располагаются сосуды и нервы, вдоль которых возможно распространение инфекции в полость черепа. Другие клинические варианты (выбор 1-4) являются показанием для адекватной наружной терапии.

7. Какова доля пиодермий в структуре кожной патологии?
 1. 30-40%,
 2. 10-15%,
 3. 5-10%.
 4. до 45%
 5. менее 5%

Правильный ответ: 30-40% (выбор 1). Пиодермии занимают первое место среди заболеваний кожи и являются наиболее частой причиной нетрудоспособности.

8. Что является естественной средой обитания стафилококков на здоровой коже?

1. Волосяные фолликулы, апокриновые потовые железы
2. Складки кожи
3. Участки кожи вокруг естественных отверстий
4. Ногтевые валики
5. Слизистая носоглотки

Правильный ответ: придатки кожи (выбор 1). Стафилококки обычно группируются в волосяных фолликулах, апокриновых и потовых железах. Складки кожи (выбор 2) и места вокруг естественных отверстий (выбор 3), ногтевые валики (выбор 4), слизистая носоглотки (5) являются естественными местами обитания стрептококков.

9. Какие группы факторов могут вызвать развитие пиодермий?
 1. Снижение местной и общей реактивности организма
 2. Экзогенные
 3. Эндогенные
 4. Всё перечисленное

Правильный ответ: всё перечисленное (выбор 4). Снижение общей и местной реактивности организма (выбор 1) способствует возникновению

различных заболеваний, в том числе и пиодермий. К экзогенным факторам (выбор 2) относятся загрязнение кожи, микротравмы кожи, переохлаждение. Наиболее частыми эндогенными факторами (выбор 3) являются переутомление, неполноценное питание, различные хронические заболевания - сахарный диабет, хронические интоксикации и другие.

10. К стафилодермиям относят:

1. Остиофолликулит Бокхарта
2. Импетиго вульгарное
3. Эктиму вульгарную
4. Диффузную пиодермию
5. Шанкриформную пиодермию

Правильный ответ: фолликулит (выбор 1). Поскольку местами обитания стафилококков являются придатки кожи, поражение при пиодермиях, вызванных стафилококком обычно связано с фолликулами, сальными и потовыми железами. Импетиго вульгарное (выбор 2), эктима вульгарная (выбор 3), диффузная пиодермия (выбор 4), шанкриформная пиодермия (выбор 5) являются смешанными инфекциями.

11. Какой признак не встречается при стрептококковом импетиго?

1. Поражение волос
2. Высыпания в виде фликтен
3. Множественные корочки
4. Буроватая пигментация
5. Контагиозность

Правильный ответ: поражение волос (выбор 1) не характерно для стрептококкового импетиго ввиду того, что стрептококки обычно поражают гладкую кожу. Высыпания обычно возникают в виде множественных пузырьков с прозрачным содержимым и тонкой дряблой крышкой - фликтен (выбор 2). После высыхания содержимого фликтены образуются множественные корочки (выбор 3) и буроватая пигментация (выбор 4). Заболевание высококонтагиозно, особенно в детских коллективах (выбор 4), поэтому необходима изоляция больных для профилактики распространения инфекции.

12. Для простого лишая не характерно?

1. Стрептококковая этиология
2. Частое сочетание с атопическим дерматитом
3. Часто сильный зуд
4. Высыпания в виде пятен белесоватого цвета
5. Локализация на коже лица и шеи.

Правильный ответ: сопровождается сильным зудом (выбор 3). Заболевание обычно бессимптомное и не сопровождается субъективными ощущениями. Часто сочетается с атопическим дерматитом (выбор 2) и является стигмой данного заболевания. Высыпания обычно представлены белесоватыми пятнами (выбор 4), располагающимися на коже лица и шеи (выбор 5), иногда в очагах отмечается легкое шелушение. Течение заболевания вялое, склонно к рецидивам. Обычно болеют дети до 15 лет.

13. Какие признаки не характерны для эпидемической пузырчатки новорожденных?

1. Развитие пузырей на гиперемизированном фоне
2. Множественные поверхностные фолликулярные пустулы
3. Отслойка эпидермиса
4. Множественные эрозии
5. Ладони и подошвы не поражаются

Правильный ответ: множественные поверхностные фолликулярные пустулы (выбор 2) характерны для фолликулитов. Эпидемическая пузырчатка новорожденных поражает детей в первые дни жизни. Заболевание характеризуется развитием множественных пузырей на гиперемизированном фоне (выбор 1), которые затем вскрываются, образуя эрозии (выбор 4). Эпидермис отслаивается (выбор 3), симптом Никольского при этом резко положительный, ладони и подошвы не поражаются (выбор 5).

14. Какие препараты не применяют для лечения эпидемической пузырчатки новорожденных?

1. Антибиотики
2. Глюкокортикоиды
3. Солевые растворы
4. Эпителизирующие местные средства
5. Антистафилококковую плазму

Правильный ответ: глюкокортикоиды (выбор 2). Прием глюкокортикоидов может ухудшить состояние ребенка, поскольку препарат обладает иммуносупрессивным действием. Антибиотики (выбор 1) являются препаратами выбора при данном состоянии, показано переливание антистафилококковой плазмы (выбор 5). Солевые растворы (выбор 3) необходимы для поддержания водно-солевого обмена, поскольку в результате массивной отслойки эпидермиса происходит большая потеря жидкости, макро- и микроэлементов. Эпителизирующие местные средства (выбор 4) способствуют быстрейшему заживлению эрозий, образующихся в результате отслойки эпидермиса.

15. Как называется глубокое поражение тканей с изъязвлением на ограниченном участке, вызванное патогенными стрепто - и стафилококками?

1. Фолликулит
2. Сикоз
3. Эктима
4. Заеда
5. Стрептококковая опрелость

Правильный ответ: эктима (выбор 3). Развитию эктимы способствует снижение сопротивляемости организма. Заболевание начинается со смешанного импетиго (фликтены или пустулы), затем возникает пузырь с гнойно-геморрагическим содержимым. После вскрытия пузыря образуется язва, края которой возвышаются над кожей, дно кровоточит, покрыто гнойно-слизистым налетом. Отделяемое язвы ссыхается в толстую корку, заживление происходит в виде рубца. Фолликулит (выбор 1) является воспалением сально-волосяного фолликула в верхней трети, вызванным патогенными стафилококками. Поражение характеризуется возникновением воспалительных папул с гнойными головками вокруг волосяных фолликулов. Сикоз (выбор 2) - это поверхностное поражение фолликулов в зоне роста бороды или усов. Заеда (выбор 4) - разновидность стрептококкового импетиго, возникающее в углах рта, а стрептококковая опрелость (выбор 5)- поверхностное поражение складок, вызванное стрептококком.

16. К клиническим признакам фурункула не относят:

1. Образование гнойно - некротического стержня в центре воспалительного инфильтрата
2. Узел с явлениями воспаления
3. Гнойное расплавление потовой железы
4. Образование язвы после отхождения гнойно-некротического стержня.
5. Образование рубца на месте язвы

Правильный ответ: гнойное расплавление потовой железы (выбор 3). Поражение апокриновых потовых желез характерно для гидраденита. При фурункуле из фолликулита или остиофолликулита возникает поражение сальной железы и подкожной клетчатки в виде узла (выбор 2) - стадия инфильтрации. Впоследствии в центре происходит гнойное расплавление с образованием в центре инфильтрата гнойно-некротического стержня (выбор 1). После отхождения стержня на месте фурункула образуется язва с гнойным отделяемым (выбор 4), а в последствии - рубец (выбор 5).

Туберкулез, лепра, лейшманиоз

1. Для диагностики туберкулеза применяют:

1. Биопсию кожи
2. Культуральное исследование
3. Полимеразную цепную реакцию
4. Туберкулиновые пробы
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленные методы (выбор 5). Данные методы диагностики являются не только высокоинформативными, например, полимеразная цепная реакция (выбор 3), но и достоверными, например биопсия кожи (выбор 1) и туберкулиновые пробы (выбор 4), потому что позволяют выделить возбудителя путем культурального исследования, (выбор 2) и идентифицировать ДНК *Mycobacterium tuberculosis* в пораженных тканях (выбор 3).

2. Исключите неверное утверждение:

1. Лепра широко распространена в станах Азии
2. Микобактерии лепры отсутствуют в слезах и моче
3. Наибольшее количество микобактерий лепры находится на слизистых рта и носа
4. Наиболее часто заражение происходит при длительном контакте с больным лепрой
5. Наиболее контагиозны больные лепроматозной лепрой

Правильный ответ: микобактерии отсутствуют в слезах и моче (выбор 2). Возбудителей лепры только иногда обнаруживают в слезах, моче, сперме, выделениях их уретры, грудном молоке и крови при реактивации процесса. Однако наибольшее количество микобактерий обнаруживается на слизистых рта, носа (выбор 3), в лепромах (выбор 5). При спокойном разговоре больной лепрой выделяет большое количество бацилл в радиусе 1-1,5 метров. Распространению бацилл способствуют социально-экономические факторы, поэтому лепра широко распространена в странах Азии (выбор 1). Чаще всего заражение происходит при длительном контакте с больным лепрой (выбор 4).

3. Что из перечисленного не относят к мерам профилактики распространения лепры?

1. Соблюдение санитарно-гигиенических правил
2. Профилактическое лечение лиц, проживающих в эндемичных по лепре районах
3. Регулярное обследование контактных лиц
4. Изоляция больных лепрой в специальные учреждения (лепрозории)

Правильный ответ: профилактическое лечение лиц, проживающих в эндемичных по лепре районах (выбор 2). Превентивное лечение проводится только лицам, находящимся в контакте с больным, и у лиц с положительной

лепроминовой пробой. Соблюдение санитарногигиенических правил (выбор 1), таких как дезинфекция, мытье рук, санация микротравм, регулярное обследование контактных лиц не реже 1 раз в год (выбор 3) необходимо для выявления больных лепрой. Во многих районах, эндемичных в отношении лепры, создаются специальные учреждения - лепрозории, куда могут определяться люди, больные лепрой (выбор 4), что препятствует распространению заболевания.

4. К клиническим признакам туберкулоидного типа лепры относят?

1. Лицо в виде «львиной морды»

2. Мутиляции конечностей

3. Разрушение перегородки носа

4. Мелкие, резко очерченные красновато-синюшные с буроватым оттенком папулы и пятна

5. Симптом «конской стопы»

Правильный ответ: мелкие, резко очерченные красновато-синюшные с буроватым оттенком папулы и пятна (выбор 4). Высыпания сходны с таковыми при туберкулезе кожи, однако при дифференциальном диагнозе необходимо учитывать специфические симптомы «яблочного желе» и «зонда», характерные для туберкулеза, а также результаты обследования микобактерии. В сложных случаях проводят биопсию кожи. Лицо в виде «львиной морды» (выбор 1) характерно для лепроматозного типа лепры, что происходит вследствие подкожного расположения 19 лепром. Мутиляция конечностей (выбор 2), разрушение перегородки носа (выбор 3), симптом «конской стопы» также наблюдаются при лепроматозном типе лепры вследствие нарушения трофики тканей, разрушения лепромами стволовых нервов.

5. Противотуберкулезное лечение проводят на фоне:

1. Бессолевого диеты

2. Диеты с повышенным содержанием белка

3. Диеты с повышенным содержанием аскорбиновой кислоты

4. Витаминов группы А,Е,В1,Д2

5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5), так как снижение в рационе количества хлорида натрия (выбор 1) не только уменьшает воспалительный потенциал пораженных тканей, но и служит предупреждением аллергических осложнений. Диета с повышенным содержанием белка (выбор 2) является правильным выбором, так как белок уменьшает пролиферативные изменения в тканях и оказывает иммуностимулирующее действие. Аскорбиновая кислота (выбор 3) снижает

проницаемость сосудов и оказывает десенсибилизирующее действие. Витаминотерапия (выбор 4) способствует лучшей переносимости противотуберкулезных препаратов.

6. Лепроминовую пробу применяют:

1. Для подтверждения диагноза лепры
2. Для лечения лепры
3. Для определения прогноза заболевания и качества лечения.
4. Для дифференциальной диагностики лепры с другими дерматозами
5. Для профилактики заболевания

Правильный ответ: для определения прогноза заболевания и качества лечения (выбор 3). Лепроминовая проба (реакция Мицуды) отражает иммунологическую реактивность организма при лепре. У здоровых людей и у больных с туберкулоидной формой заболевания реакция на внутрикожное введение убитых микобактерий лепры положительная и выражается в появлении ограниченного инфильтрата, иногда с эрозиями и язвами. У больных с лепроматозной формой лепры лепроминовая проба отрицательная. При недифференцированной лепре реакция может быть как отрицательной, так и положительной. При излечении лепроматозной лепры лепроминовая проба становится положительной. Для диагностики лепры (выбор 1) необходимо выделение возбудителя либо положительные РСК и реакции микропреципитации при туберкулоидном типе лепры. Для лечения лепры (выбор 2) применяется комплекс препаратов (ДДС, клофацин, рифампицин, симптоматическое лечение). В дифференциальном диагнозе лепры (выбор 4) используется комплекс исследований и сопоставление всех клинических данных. Для профилактики лепры лепроминовую пробу не используют (выбор 5).

7. Препаратом выбора для лечения лепры является:

1. Диаминодифенилсульфон (ДДС)
2. Пенициллин
3. Преднизолон
4. Кальция глюконат
5. Метотрексат

Правильный ответ: диаминодифенилсульфон (выбор 1), относящийся к группе сульфоновых препаратов. Лечение назначается длительными курсами. Другие препараты (выбор 3,4) могут назначаться как симптоматическая терапия либо при присоединении вторичной инфекции (выбор 2). Цитостатик метотрексат для лечения лепры не применяется (выбор 5).

8. Какой из перечисленных методов не применяется для диагностики туберкулеза кожи?

1. Флюорография
2. Проба Бальцера
3. Проба Манту
4. Бактериоскопия
5. Морфологические исследования

Правильный ответ: проба Бальцера (выбор 2), которая применяется для диагностики отрубевидного лишая и основана на окрашивании разрыхленного рогового слоя эпидермиса йодом. Флюорография (выбор 1) применяется для выявления легочных форм туберкулеза и является одним из основных методов диагностики. Проба Манту проводится для выявления туберкулеза и является скрининговым методом диагностики (выбор 3). Бактериоскопия и патогистология пораженных тканей (выбор 4,3) входят в обязательный перечень диагностических исследований при туберкулезе.

9. К локализованным формам туберкулеза кожи не относятся:

1. Туберкулезная волчанка
2. Папуло-некротический туберкулез
3. Скрофулодерма
4. Бородавчатый туберкулез кожи
5. Язвенный туберкулез кожи и слизистых.

Правильный ответ: папуло-некротический туберкулез (выбор 2), который относится к преимущественно распространенным формам. Элементы обычно локализуются на разгибательных поверхностях нижних и верхних конечностей, ягодицах, тыльных поверхностях кистей и стоп, в области лучезапястных, коленных и голеностопных суставов. Первичными элементами являются узелки с последующим некрозом в центре, оставляющим после заживления «штампованные» рубчики. Туберкулезная волчанка (выбор 1) относится к локализованным формам с преимущественной локализацией на лице в виде округлых или плоских красных или изъязвленных бугорков в области носа, верхней губы, лба, щек, подчелюстной зоне. Возможна локализация на туловище или конечностях. Скрофулодерма (выбор 3) характеризуется образованием мягких изъязвляющихся узлов с наиболее частым расположением на шее, щеках, под нижней челюстью, в подключичных областях. Возможно образование свищевых ходов. Бородавчатый туберкулез (выбор 4) локализуется чаще всего на тыльной поверхности кистей и пальцев рук, особенно I и II пальцев, нередко на стопах в области лодыжки в виде бляшек с бородавчатыми разрастаниями на поверхности. Язвенный туберкулез кожи (выбор 5) локализуется на слизистой рта и заднего прохода, поражает прилегающие

участки кожи. Характеризуется образованием узелков, быстро распадающихся и превращающихся в болезненные язвы.

10. Дифференциальный диагноз лепры следует проводить со следующими заболеваниями:

1. Бугорковый сифилид
2. Антропонозный лейшманиоз
3. Туберкулезная волчанка
4. Витилиго
5. Все перечисленное верно.

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5). Указанные заболевания входят в число заболеваний, с которыми необходимо дифференцировать лепру по признакам первичного элемента в виде бугорка (выбор 1, 2, 3) и нарушения пигментации (выбор 4). Бугорковый сифилид (выбор 1) встречается в третичном периоде сифилиса. В отличие от лепры имеет менее длительное течение, характеризуется меднокрасным оттенком, изъязвляется с последующим образованием пигментированного рубца. Не сопровождается полиневритами, расстройствами чувствительности, как при лепре. Лейшманиомы (выбор 2) располагаются, как правило, на открытых участках тела, не имеют склонности к группировке. Через 4-6 мес. после появления лейшманиомы изъязвляются. В среднем в течение года процесс заканчивается рубцеванием. В соскобе с очагов поражения обнаруживаются лейшманиии. Расстройств чувствительности и полиневритов нет. При туберкулезной волчанке (выбор 3) излюбленной локализацией считается лицо. Болеют чаще дети, страдающие туберкулезом внутренних органов. Первичным элементом являются красные с желтоватым оттенком бугорки, мягкоэластической консистенции, которые впоследствии изъязвляются и рубцуются. На месте образования рубцов снова образуются бугорки. Характерны феномены «яблочного желе» и «симптом зонда». Расстройств чувствительности и потоотделения нет. При витилиго (выбор 4) отмечается очаговая депигментация кожи, возможна депигментация волос. В отличие от лепры, не наблюдается расстройств чувствительности и выпадения волос в очагах.

Чесотка

1. Препаратом выбора для лечения неосложненной чесотки является 20% серная мазь. Укажите правильную схему применения.

1. Двое суток подряд, на ночь, втирать только в кожу волосистой части головы

2. Втирание в кожу всего тела (кроме головы) на 1-й и 4-й день курса лечения

3. Душ с мылом без мочалки с последующим втиранием мази в кожу всего тела (кроме головы) движением сверху вниз каждый вечер в течение 5 дней

4. Втирают в кожу и смывают через 8-14 часов, обрабатывают все тело от шеи до ступней

5. Препарат равномерно распыляется на кожу всего тела, исключая голову

Правильный ответ: душ с мылом без мочалки с последующим втиранием мази в кожу всего тела (кроме головы) движениями сверху вниз 1 раз в день в течение 5 дней (выбор 3). Серная мазь является одним из эффективных, безопасных и дешевых препаратов. Применяется в течение 5 дней. Выбор 2 - это схема лечения чесотки препаратом бензилбензоат. Выбор 5 - схема применения аэрозольного препарата «Спрегаль». Выбор 4 является схемой правильного использования препарата «Линдан». Выбор 1 - не относят к методам лечения чесотки.

2. Какой из симптомов не является признаком чесотки?

1. Симптом Арди

2. Симптом «зонда»

3. Симптом Горчакова

4. Симптом треугольника

Правильный ответ: симптом зонда (выбор 2). Данный симптом отмечается у больных туберкулезной волчанкой: при надавливании на бугорок пуговчатый зонд легко погружается в его глубину. Симптом Арди (выбор 1) - импетигиозные высыпания на разгибательных поверхностях локтевых суставов у больных чесоткой. Симптом Горчакова (выбор 3) - наличие точечных кровянистых корочек на локтях. Симптом треугольника (выбор 4) - наличие высыпаний в межягодичной складке, переходящих на крестец.

3. Какое из перечисленных средств является препаратом выбора для лечения чесотки?

1. Бензилбензоат - наружное применение

2. Перметрин внутрь

3. Мазь Вишневского

4. Серно-салициловая мазь

5. Белый вазелин

Правильный ответ: бензилбензоат наружно (выбор 1). Бензилбензоат применяется в виде 20% и 10% (для детей) эмульсии, которая втирается в

кожу всего тела, кроме головы, а у детей до 3 лет - и в кожу лица. Вначале суспензию втирают в кожу кистей, затем - в кожу верхних конечностей, туловища и, наконец, в кожу нижних конечностей. Лечение повторяют через 3-4 дня. Перметрин (выбор 2) также применяется при лечении чесотки, однако используется наружно в виде 5% мази, а не внутрь. Мазь Вишневского (выбор 3) применяется при лечении фурункулов в инфильтративной стадии. Серно-салициловая мазь (выбор 4) применяется при лечении микозов, белый вазелин (выбор 5) применяется для устранения сухости кожи.

4. Какое из перечисленных заболеваний не является атипичной формой чесотки?

1. Псевдочесотка
2. Узелковая чесотка
3. Чесотка без ходов
4. Эризипелоид
5. Зерновая чесотка

Правильный ответ: эризипелоид (выбор 4) - заболевание, возбудителем которого является палочка свиной рожи. Характеризуется яркочерными пятнами на пальцах кистей, иногда отмечается легкая припухлость кожи над суставами кистей. Псевдочесотка (выбор 1) - зудящий дерматоз, возникающий при заражении клещами животных, чаще собак. Высыпания асимметричные, расположены в местах контакта с животными. Узелковая чесотка (выбор 2) - образование узелковых элементов на закрытых участках кожи вследствие гранулематозной реакции кожи. Может служить признаком пролеченной чесотки. Сохраняется в течение нескольких месяцев. Чесотка без ходов (выбор 3) - начальная форма чесотки или чесотка чистоплотных людей. При этой форме отсутствуют чесоточные ходы, однако присутствуют все другие элементы. Зерновая чесотка (выбор 5) вызывается пузатым клещом, обитающим на злаковых, сопровождается мелкопапулезными зудящими элементами, возникающими в результате укусов этих клещей

5. У детей, больных чесоткой, не поражаются:

1. Кисти
2. Паховые складки, ягодицы
3. Волосистая часть головы
4. Слизистая оболочка полости рта

Правильный ответ: слизистая оболочка полости рта (выбор 4) при чесотке не поражается. У детей может поражаться волосистая часть головы: (выбор 3). Кисти (выбор 1), паховые складки и ягодицы (выбор 2) - излюбленная локализация чесотки как у детей, так и у взрослых.

6. Какие из перечисленных симптомов не характерны для чесотки?

1. Зуд
2. Парные папулезные, везикулёзные или пустулезные элементы
3. Полигональные папулы фиолетового цвета с пупковидным вдавлением
4. Чесоточные ходы
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: полигональные папулы фиолетового цвета с пупковидным вдавлением (выбор 3). Такая клиника характерна для больных красным плоским лишаем. Зуд (выбор 1) является одним из основных симптомов при чесотке. Характерным считается зуд, усиливающийся по ночам, в тепле. На месте входа и выхода самки клеща образуются парные морфологические элементы, чаще везикулы, хотя могут образовываться папулы и пустулы (выбор 2). Чесоточный ход (выбор 4) представляет собой туннель в роговом слое, видимый на поверхности кожи как тонкая серовато-белая линия длиной от 1 мм до 1-1,5 см. На выходе чесоточного хода может просвечиваться самка в виде темной точки.

7. К препаратам выбора при лечении чесотки не относятся:

1. 20% бензилбензоат в виде эмульсии или мази
2. 10% и 20% серная мазь
3. Аэрозоль «Спрегаль»
4. Клотримазол в виде крема

Правильный ответ: клотримазол (выбор 4). Данный препарат относится к противогрибковым, и используется при лечении микозов. Лечение 20% бензилбензоатом проводят на 1-й и 4-й день, последовательно втирая его в кожу рук, туловища, затем - нижних конечностей. В кожу лица препарат не втирается. Втирание проводят дважды с интервалом в 10 минут для высыхания. На 1-й и 4-й день проводится смена белья. Серная мазь (выбор 2) применяется в течение 5-7 дней ежедневно. В первый и последний дни проводится смена белья. 10% серная мазь применяется для лечения детей, а 20% - для лечения взрослых. Аэрозоль «Спрегаль» (выбор 3) наносят на кожу на 12 часов, затем смывают.

8. Чесотка не осложняется:

1. Пиодермией
2. Дерматитом
3. Экземой
4. Пузырчаткой

Правильный ответ: чесотка не осложняется пузырчаткой (выбор 4). Пузырчатка - буллезный дерматоз, который характеризуется возникновением пузырей на коже туловища и слизистых оболочках. Пидермия (выбор 1) является одним из наиболее частых осложнений чесотки, возникает вследствие присоединения вторичной инфекции. Дерматит (выбор 2) и экзема (выбор и 3) могут возникать как осложнение чесотки в результате аллергизирующего действия продуктов жизнедеятельности чесоточного клеща, самостоятельного применения мазей и кремов для лечения чесотки, расчесывания.

9. Инкубационный период при заражении самками чесоточного клеща составляет

1. 8-12 дней
2. 2-5 дней
3. Отсутствует
4. 4 дня
5. 10-14 дней

Правильный ответ: инкубационный период при заражении самками чесоточного клеща отсутствует (выбор 3), так как половозрелая самка 26 способна внедряться в эпидермис сразу после попадания на кожу. Инкубационный период сроком 8-12 дней (выбор 1), сроком 2-5 дней (выбор 2) или сроком 4 дня (выбор 4) не характерен при заражении половозрелыми жизнеспособными самками. Инкубационный период сроком 10-14 дней возможен при заражении личинками чесоточного клеща.

10. В каких случаях возможно заражение чесоткой?

1. Только при прямом контакте с больным чесоткой
2. Только при непрямом контакте с больным
3. В любом случае прямого или непрямого контакта с больным
4. В случае снижения иммунной защиты по отношению к чесоточным клещам в благоприятных для заражения условиях

Правильный ответ: в случае снижения иммунной защиты по отношению к чесоточным клещам в благоприятных для заражения условиях (выбор 4). Здоровая кожа при нормальных гигиенических условиях является неблагоприятной средой для развития любых болезнетворных агентов, в том числе и чесоточных клещей. В случаях длительного прямого телесного контакта с больным с обильной инвазией, а также при непрямом контакте через предметы обихода в условиях несоблюдения гигиенических норм, а также других факторов, снижающих общий и местный иммунитет, развитие заболевания становится возможным. Заражение чесоткой происходит чаще всего при прямом, а также непрямом контакте с больным (выбор 3), причём в

80% случаев - при половом контакте. Заражение чесоткой путём непрямого варианта контактно-бытового пути передачи (выбор 2) может происходить при ношении чужого белья, одежды, при пользовании общими с больным предметами обихода.

11. Основным клиническим признаком чесотки является

1. Зуд
2. Наличие чесоточных ходов
3. Полиморфизм высыпаний
4. Характерная локализация высыпаний
5. Наличие осложнений чесотки

Правильный ответ: чесоточный ход (выбор 2), который образуется вследствие продвижения самки клеща в роговом слое эпидермиса. Он имеет вид s-образно изогнутой или прямой серовато-белой шероховатой линии на поверхности кожи и не встречается при других зудящих дерматозах. Хорошо различим при рассмотрении под лупой, нередко визуализируется при внимательном осмотре невооружённым глазом. Зуд (выбор 1) является основным симптомом ряда зудящих дерматозов. Полиморфизм высыпаний (выбор 3) характерен для аллергических, зудящих и других дерматозов - экземы, дерматитов, герпетического дерматоза, которые необходимо дифференцировать с чесоткой по этому признаку. Характерная локализация чесоточной сыпи (выбор 4) в области кистей, запястий, живота и бедер, области половых органов и молочных желез может совпадать с таковой при других заболеваниях - например, при атопическом дерматите (лучезапястные сгибы), ограниченном нейродермите (половые органы) и т.д. Состояния, осложняющие чесотку (дерматит, экзематизация, крапивница, пиодермия) - (выбор 5), могут являться самостоятельными заболеваниями.

12. В каких случаях возможно развитие чесотки без ходов?

1. У чистоплотных людей
2. В случае заражения личинками
3. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 3). Чесотка без ходов является одной из атипичных форм чесотки, требует тщательного анализа анамнестических, эпидемиологических, клинических и лабораторных данных, дифференциальной диагностики с зудящими дерматозами. Предполагают, что отсутствие чесоточных ходов возможно на ранней стадии заболевания у лиц, контактировавших с больными чесоткой и объясняется заражением личинками (выбор 3), а также возможно у чистоплотных людей (выбор 1).

13. Укажите принципы профилактики чесотки:

1. Выявление и лечение больных
2. Обследование контактных лиц
3. Профилактическое лечение контактных лиц
4. Дезинфекция в очаге заболевания
5. Всё перечисленное

Правильный ответ: все перечисленное (выбор 5). Выявление и лечение больных (выбор 1) проводится врачами всех специальностей на амбулаторном приеме, в стационарах, при периодических и целевых осмотрах в детских коллективах и среди декретированных контингентов населения. Обследование контактных лиц (выбор 2) позволяет активно выявлять заболевание и своевременно проводить профилактическое или курсовое лечение. Профилактическое лечение контактных лиц (выбор 3) в виде однократной обработки любым из разрешенных к применению скабицидов позволяет избежать развития заболевания в случаях заражения личинками клещей, когда осматриваемый находится в инкубационном периоде заболевания. В связи с тем, что чесоточный клещ сохраняет жизнеспособность во внешней среде в течение 3-5 суток, необходима дезинфекция (выбор 5) белья, одежды, предметов обихода больного и жилища очага поражения с применением механических (вытряхивание, выколачивание, проветривание, влажная уборка помещения), физических (кипячение, паровоздушная камерная обработка, проглаживание горячим утюгом) методов.

14. Укажите диагностически значимое исследование при чесотке:

1. Анализ крови общеклинический
2. Анализ крови иммунологический
3. Анализ на чесоточного клеща
4. Анализ на акантолитические клетки
5. Исследование биоптата кожи из очага поражения

Правильный ответ: анализ на чесоточного клеща (выбор 3) при всех клинических разновидностях чесотки является диагностически значимым, т.к. обнаруживает возбудителя. Чаще всего применяют метод соскоба эпидермиса. Возможно также использование метода извлечения клеща иглой, метода тонких срезов, соскоба в минеральном масле, щелочное препарирование кожи, экспресс-диагностика с применением молочной кислоты. Общеклинический анализ крови (выбор 1) может отражать аллергическое состояние организма больного в связи с инвазией клеща, хитиновый покров которого имеет антигенные свойства, в виде эозинофилии. Иммунологический анализ крови (выбор 2) не несет специфической информации и является нецелесообразным. Исследование мазков-отпечатков

на акантолитические клетки (выбор 4) является диагностически значимым при буллёзных дерматозах, так как обнаруживает клетки шиповатого слоя эпидермиса, потерявшие связь друг с другом в результате аутоиммунного процесса при акантолитической пузырчатке. Патоморфологическая диагностика чесотки (выбор S) не целесообразна.

15. Выберите врачебную тактику по отношению к больному с острой пневмонией в случае обнаружения у него признаков чесотки при осмотре в приёмном покое.

1. Направить в поликлинику КВД для подтверждения диагноза чесотки, амбулаторного её лечения с последующей госпитализацией в пульмонологическое отделение

2. Провести санитарную обработку в приёмном покое, направить в палату, вызвать дерматолога для консультации

3. В приёмном покое после санобработки провести обработку скабицидом, назначить плановую консультацию дерматолога, проводить лечение пневмонии в пульмонологическом отделении в условиях изоляции до излечения чесотки

4. Любой из предложенных вариантов правильный

Правильный ответ: в приёмном покое после санобработки провести обработку скабицидом, назначить плановую консультацию дерматолога, проводить лечение пневмонии в пульмонологическом отделении в условиях изоляции до излечения чесотки (выбор 3). Наличие чесотки у соматического больного, подлежащего госпитализации в общесоматический стационар, не является поводом для отказа в госпитализации. Больной должен получить квалифицированную медицинскую помощь в связи с основным заболеванием, определяющим тяжесть его состояния. Лечение чесотки проводится по месту её выявления, в данном случае его следует начинать в приёмном покое. Больному не может быть отказано в специализированной помощи по поводу пневмонии в пользу чесотки, которая не определяет тяжести его состояния (выбор 1). Противопаразитарная обработка должна выполняться в приёмном покое, который является фильтром проникновения контагиозной патологии в отделения стационара (выбор 2). Выбор 4 допускает неверную тактику врача в отношении больного, описанную вариантами 1 и 2.

Кератомикозы, эритразма

1. Укажите возбудителя разноцветного лишая:

1. *Malassezia furfur*

2. *Trichophyton mentagrophytes*

3. *Microsporum canis*
4. *Epidermophyton floccosum*
5. *Achorion schonleinii*

Правильный ответ: *Malassezia furfur* (выбор 1). *Trichophyton mentagrophytes* (выбор 2) является антропофильным грибом и имеет тропность к поражению кожи стоп (в виде островоспалительной реакции) и ногтевых пластин. *Microsporum canis* (выбор 3) зооантропофильный грибок, поражающий волосы по типу *ectotrix* мелкими круглыми спорами. *Microsporum canis* является причиной микоза волосистой части головы и гладкой кожи, чаще у детей. *Epidermophyton floccosum* (выбор 4) является возбудителем микозов крупных складок и стоп с развитием острой воспалительной реакции. *Achorion schonleinii* (выбор 5) является возбудителем чаще микозов волосистой части головы (фавуса), реже гладкой кожи и иногда ногтевых пластин, мозга и легких.

2. Для диагностики отрубевидного лишая применяется:

1. Проба Бальцера
2. Проба Минора
3. Проба с актинолизатом
4. Проба с трихофитином
5. Проба с папиросной бумагой

Правильный ответ: проба Бальцера (выбор 1). Проба Бальцера - смазывание очагов поражения при подозрении на отрубевидный лишай 5% раствором йода. Вследствие разрыхления рогового слоя в области высыпаний раствор йода сильнее впитывается в эти участки и пятно окрашивается интенсивнее чем окружающая здоровая кожа. Проба с актинолизатом (выбор 3) применяется для диагностики актиномикоза с применением актинолизата (антиген), введенного внутрикожно. Реакцию оценивают через 24 часа. Аналогично проводится проба с трихофитином (выбор 4) для диагностики инфильтративно - нагноительной трихофитии, особенно в тех случаях, когда микроскопическое исследование затруднено после проведенного местного лечения. Проба Минора (выбор 2) применяется для диагностики нарушения потоотделения при лепре. Проба с папиросной бумагой (выбор 5) применяется для диагностики жирной себореи - появление жирных пятен на папиросной бумаге при протирании себорейных участков

3. Какой возбудитель вызывает эритразму?

1. *Corynebacterium minutissimum*
2. *Malassezia furfur*
3. *Trichophyton mentagrophytes*
4. *Candida albicans*.

Правильный ответ: *Corynebacterium minutissimum* (выбор 1). Клиническая картина эритразмы сходна с клинической картиной микозов. Поражение возникает в виде желто-коричневых или кирпично-красных пятен, располагающихся в крупных складках кожи. *Malassezia furfur* (выбор 2) является возбудителем отрубевидного лишая, а также играет определенную роль в развитии себорейного дерматита и некоторых других воспалительных заболеваний кожи. *Malassezia furfur* является условно-патогенным микроорганизмом и встречается также на коже абсолютно здоровых людей. *Trichophyton mentagrophytes* (выбор 3) вызывает эпидермофитию стоп. *Candida albicans* (выбор 4) - дрожжеподобный гриб, вызывающий кандидоз слизистых, кожи, ногтей или иногда кандидоз внутренних органов.

4. Выберите препарат для лечения эритразмы?

1. Итраконазол по 200 мг 2 раза в день ежедневно в течение 14 дней
2. Кетоконазол наружно
3. Эритромициновая мазь
4. Флюконазол

Правильный ответ: эритромициновая мазь (выбор 3). Этиологическим лечением при эритразме являются мази с антибиотиками, поскольку заболевание вызывается *Corynebacterium minutissimum*. Итраконазол (выбор 1) является противогрибковым препаратом из группы азолов, применяемым для лечения распространенных микозов гладкой кожи и онихомикозов. В указанной дозе препарат применяется для лечения онихомикозов в виде пульс-терапии, при этом необходим повтор указанных курсов через 21 день. Кетоконазол (выбор 2) - также является противогрибковым препаратом и назначается для лечения микозов. Флюконазол (выбор 4) - противогрибковый препарат, к которому чувствительны грибы *Candida*.

5. Выберите препарат для лечения отрубевидного лишая?

1. Серно-салициловая мазь
2. Кетоконазол, крем
3. Кетоконазол, таблетки для приёма внутрь
4. Все перечисленное верно.

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 4). Серносалициловая мазь (выбор 1) обладает отшелушивающим действием. Кетоконазол (выбор 2 и 3) является фунгицидным антибиотиком и применяется как местно, так и внутрь (при распространённой и хронической формах отрубевидного лишая).

6. В кожное отделение обратилась молодая женщина 25 лет с жалобами на высыпания в верхней части туловища. Заболевание появилось после отдыха на море. Субъективных ощущений нет. При осмотре обнаружены слегка шелушащиеся округлые пята белого цвета. Симптом Бальцера положительный. Серологические реакции на сифилис отрицательные. О каком заболевании следует думать?

1. Отрубевидный лишай
2. Псориаз
3. Сифилитическая розеола
4. Все перечисленное верно

Правильный ответ: отрубевидный лишай (выбор 1). В пользу данного заболевания свидетельствует появление высыпаний после отдыха на море, поражение верхней части туловища, положительный симптом Бальцера. Отрицательные серологические реакции помогают исключить сифилитическую розеолу (выбор 3). При псориазе (выбор 2) обнаруживаются розовые шелушащиеся папулы и бляшки и положительный симптома Ауспица.

7. Какие из перечисленных признаков не характерны для отрубевидного лишая?

1. Положительная проба Бальцера
2. Расположение на коже груди, спины, шеи, боковых поверхностей туловища
3. Частое возникновение в жарких странах, после отпуска на море
4. «Дежурные» бляшки на локтях и коленях

Правильный ответ: «дежурные» бляшки на локтях и коленях (выбор 4) характерны для псориаза. Для отрубевидного лишая характерна положительная проба Бальцера (выбор 1), основывающаяся на интенсивном окрашивании разрыхленного рогового слоя йодом. Возбудитель отрубевидного лишая - *Malassezia furfur* является липофильным, поэтому высыпания чаще возникают в себорейных зонах - на коже груди, спины, шеи, боковых поверхностях туловища (выбор 2). Чаще возникает и проявляется в условиях с жарким климатом (выбор 3).

Микозы

1. При кандидозной инфекции поражаются:
 1. Слизистая оболочка полости рта
 2. Слизистые оболочки половых органов
 3. Кожа межпальцевых складок
 4. Ногти

5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5). Кандидозная инфекция поражает слизистые оболочки как половых органов, так и полости рта (выбор 1 и 2). При этом на слизистых образуются типичные белые налеты, эрозии. При кандидозе поражаются ногти (выбор 4), отмечается воспаление околоногтевых валиков, деформация ногтевых пластин. Может поражаться и кожа межпальцевых складок (выбор 3).

2. Для лечения кандидозной инфекции применяют:

1. Флюконазол
2. Гризеофульвин
3. Ацикловир
4. Преднизолон

Правильный ответ: флюконазол (выбор 1). Флуконазол является наиболее эффективным системным антимикотиком для лечения кандидозной инфекции. Гризеофульвин (выбор 2) является противогрибковым препаратом, однако он обладает низкой чувствительностью к кандидам. Ацикловир обладает противовирусной активностью (выбор 3). Преднизолон является глюкокортикоидом, применение которого противопоказано при кандидозе (выбор 4). Его длительное применение, напротив, может усугубить проявления кандидоза или способствовать его развитию.

3. Для лечения микозов стоп применяют:

1. Итраконазол
2. Мазь серно-салициловую
3. Тербинафин
4. 3% настойку йода
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5). Все вышеуказанные средства обладают противогрибковой активностью и являются системными (выбор 1,3) или местными (выбор 2, 4) средствами для лечения микозов. Итраконазол (выбор 1) является противогрибковым антибиотиком широкого спектра действия, накапливается в роговом слое, ногтях, обладает длительным действием после прекращения назначения препарата. Серно-салициловая мазь (выбор 2) применяется для наружного лечения кожи, обладает кератолитическим и фунгистатическим действием. Тербинафин (выбор 3) является противогрибковым антибиотиком из класса аллиламинов, обладающий прямым фунгицидным действием, накапливается в роговом слое кожи, применяется как внутрь, так и наружно. 3% настойка йода (выбор 4) применяется для наружного лечения онихомикозов и микозов стоп, обладает фунгицидным действием.

4. Для лечения онихомикозов не применяется:

1. Удаление пораженной ногтевой пластинки
2. Пульс-терапия итраконазолом
3. Тербинафин 250 мг в сутки внутрь 3 месяца
4. Лаки «Лоцерил» и «Батрафен»
5. Нистатин по 500 тыс. ЕД внутрь три раза в сутки 6 месяцев.

Правильный ответ: нистатин по 500 тыс. ЕД три раза в сутки 6 месяцев (выбор 5). Нистатин действует в основном на дрожжеподобные грибы рода *Candida*. При онихомикозах его применение неэффективно, так как препарат плохо всасывается и практически не накапливается в тканях. Удаление пораженной ногтевой пластинки (выбор 1) производится как хирургическим методом, так и с помощью кератолитических средств и применяется в комплексном лечении онихомикозов. Пульс-терапия итраконазолом (выбор 2) является одним из современных методов лечения онихомикозов. Пульс-терапия позволяет оптимизировать прием препарата и уменьшить его воздействие на печень. При пульс-терапии препарат применяется по 200 мг 2 раза в день в течение 7 дней, затем следует перерыв в 21 день, проводят 2 - 4 таких курса. Тербинафин по 250 мг в сутки 3 месяца (выбор 3) - один из наиболее эффективных методов системной терапии. Лаки «Лоцерил» и «Батрафен» (выбор 4) применяются при дистально - латеральной формы онихомикоза, а также в комплексном лечении онихомикозов.

5. Какой тест не является диагностическим при руброфитии?

1. Микроскопия чешуек
2. Микроскопия пушковых волос
3. Выделение чистой культуры возбудителя
4. Обнаружение акантолитических клеток

Правильный ответ: обнаружение акантолитических клеток (выбор 4). Акантолитические клетки представляют собой дегенеративные клетки шиповатого слоя эпидермиса и являются критерием диагностики вульгарной пузырчатки. Микроскопия чешуек пораженной кожи (выбор 1) - основной метод диагностики руброфитии. Однако при микроскопии невозможно выявить вид возбудителя, поэтому для окончательного диагноза необходимо провести выделение культуры возбудителя (выбор 3). Руброфитон способен поражать и пушковые волосы гладкой кожи, поэтому в диагностике применяется также исследование пушковых волос (выбор 2).

6. При рубромикозе ногтей наблюдается:

1. Изменения цвета ногтя
2. Атрофия ногтя

3. Утолщение ногтевой пластинки
4. Отслойки от ногтевого ложа
5. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 5). Поражение ногтей при рубромикозе разнообразно, при этом поражаются как ногти стоп, так и кистей. Поражение ногтей может быть поверхностным, дистально-латеральным, проксимальным, тотальным. Цвет ногтей изменяется (выбор 1) и становится беловатым или желтоватым, иногда с перламутровым блеском. Ноготь может отслаиваться от ногтевого ложа (выбор 4) как у проксимального края (проксимальная форма), так и у дистально-латерального (дистально-латеральная форма). При этом ноготь может атрофироваться, обнажая ногтевое ложе (выбор 2) или гипертрофироваться, формируя подногтевой гиперкератоз (выбор 3).

7. Для руброфитии не характерно поражение:

1. Ногтей
2. Кожи ладоней
3. Слизистых оболочек
4. Кожи стоп

Правильный ответ: слизистых оболочек (выбор 2). Поражение при руброфитии вызывается грибом *Tr. rubrum*, который поражает ногти (выбор 1), кожу ладоней и стоп (выбор 2, 4), гладкую кожу, крупные складки. Слизистые оболочки при руброфитии не поражаются. Рубромикоз стоп проявляется шелушением кожи межпальцевых складок, застойной гиперемией кожи стоп, пузырьками, корочками, диффузным утолщением рогового слоя. Поражение ладоней аналогично поражению стоп. При рубромикозе поражаются как ногти ладоней, так и стоп. Они приобретают бело-серый цвет, отслаиваются от ногтевого ложа, утолщаются или, наоборот, заметно истончаются.

8. При паховой эпидермофитии не поражается:

1. Кожа паховых складок
2. Волосистая часть головы
3. Кожа мошонки
4. Кожа подмышечных складок
5. Кожа под молочными железами

Правильный ответ: волосистая часть головы (выбор 2). Возбудитель паховой эпидермофитии *Epidemophyton floccosum* не поражает волосы, поэтому при грибковом поражении волосистой части головы следует думать о микроспории или реже - о трихофитии. Кожа паховых складок (выбор 1), мошонки (выбор 3), подмышечных складок (выбор 4) - наиболее частая

локализация паховой эпидермофитии. Поражение может также возникать в межъягодичных складках, а у женщин - в складках под молочными железами (выбор 5).

9. Заражение паховой эпидермофитией не происходит:

1. При использовании одежды больного
2. При использовании предметов личной гигиены больного (полотенец, мочалки)
3. Через кровь больного эпидермофитией
4. При непосредственном контакте с больным

Правильный ответ: через кровь больного эпидермофитией (выбор 3). Эпидермофития не передается парентеральным путем. Заражение может произойти при непосредственном контакте с больным (выбор 4), однако чаще происходит при использовании предметов личной гигиены больного (выбор 2) и его одежды - нательного белья, плавок, и.т.д. (выбор 1). При выявлении больного паховой эпидермофитией необходимо провести дезинфекцию предметов личного пользования больного.

10. Какой из нижеперечисленных микозов обладает наименьшей контагиозностью?

1. Разноцветный лишай
2. Микроспория
3. Трихофития
4. Эпидермофития стоп
5. Рубромикоз стоп

Правильный ответ: разноцветный лишай (выбор 1). Разноцветный лишай относится к кератомикозам и вызывается микроорганизмом *Malassezia furfur*. Заболевание часто возникает в условиях влажного и теплого климата, после поездки на море, длительного пребывания в тропиках. Заболевание зачастую подвержены люди с ослабленным иммунитетом. Заболевание практически неконтагиозно. Микроспория (выбор 2) является высококонтагиозным микозом, заражение может произойти от больных животных или людей при прямом или непрямом контакте. Основными источниками заражения являются кошки и собаки. Трихофития (выбор 3) передается от больного крупного рогатого скота, а также больных людей прямым или непрямым (через предметы обихода) путём. Эпидермофитией и рубромикозом стоп (выбор 4,5) часто заражаются члены семьи больного при тесном бытовом контакте, использовании чужой обуви, носков, инструментов для педикюра.

Микроспория, фавус, трихофития

1. Укажите характерное для микроспории свечение поражённых волос при люминисцентном исследовании:

1. Белоснежное
2. Белоснежное с голубоватым оттенком
3. Кораллово - красное
4. Изумрудно - зелёное
5. Буроватое

Правильный ответ: изумрудно - зелёное свечение (выбор 4), которое объясняется свойством волос, поражённых спорами гриба *Microsporum* давать ярко - зеленое свечение при облучении их коротковолновой частью ультрафиолетовых лучей. Белоснежное с голубоватым оттенком свечение (выбор 2) характерно для красной волчанки губ, кораллово - красное свечение (выбор 3) - для эритразмы, буроватое (выбор 5) - для отрубевидного лишая. При витилиго невидимые в начале заболевания очаги поражения при облучении лампой Вуда будут давать ярко-белое, белоснежное (выбор 1) свечение.

2. Укажите симптом, характерный для фавуса:

1. «Париковый вид» волос
2. Симптом Пospelова
3. Симптом «дамского каблучка»
4. Симптом «яблочного желе»
5. Симптом «сита»

Правильный ответ: «париковый вид» волос (выбор 1) - поражение волос при фавусе, когда они приобретают тусклый вид, истончаются, напоминают паклю, издают мышиный (амбарный) запах, при этом волосы не обламываются, а выпадают с образованием рубцовой атрофии и атрофией фолликулярного аппарата. Симптом Пospelова (выбор 2) — появление папул ярко - красного цвета в прогрессирующей стадии псориаза. Симптом «сита» (выбор 5) при хронической язвенной пиодермии и бородавчатом туберкулезе характеризуется появлением капель гноя на поверхности элемента сыпи при его сдавливании, что объясняется выдавливанием секрета глубоких пустул. Симптом «яблочного желе» (выбор 4) характерен для туберкулезной волчанки. При надавливании на люпому предметным стеклом выдавливается кровь из расширенных сосудов бугорка и появляется желтовато - буря окраска, напоминающая цвет яблочного желе. Симптом «дамского каблучка» (выбор 3) характерен для дискоидной красной волчанки. На обратной стороне чешуйки, удалённой с поверхности очага, хорошо виден конусообразный шипик - признак фолликулярного гиперкератоза.

3. Какой метод не используется для диагностики трихофитии?

1. Клиническое обследование
2. Микроскопическое исследование
3. Бактериологическое исследование
4. Проба Бальцера
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: проба Бальцера (выбор 4), которая применяется для диагностики разноцветного лишая. При диагностике трихофитии используются данные клинической картины (выбор 1), микроскопического (выбор 2) и бактериологического (выбор 3) исследований чешуек и волос из очагов поражения.

4. Укажите клинические формы фавуса?

1. Скутулярная
2. Импетигенозная
3. Сквamousная
4. Поражение ногтей
5. Все перечисленное верно.

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5). В клинической картине фавуса различают типичную форму - скутулярную (выбор 1), при которой в очагах поражения у корней волос образуются скутулы - корочки, плотно прикрепленные к коже. Сквamousная (выбор 3) и импетигенозная формы (выбор 2) являются атипичными. У взрослых при фавусе могут поражаться ногти (выбор 3).

5. При каком заболевании отмечается желтое свечение пораженных волос при люминесцентном исследовании лампой Вуда?

1. Фавусе
2. Трихофитии
3. Микроспории
4. Алопеции

Правильный ответ: трихофития (выбор 2). При антропофильной и зоонозной трихофитии обломанные волосы в лучах лампы Вуда имеют желтый цвет. При зоонозной трихофитии желтое свечение следует искать по периферии очагов. При фавусе (выбор 1) обнаруживаются скутулы, рубцовая атрофия с облысением при наличии здоровых волос по периферии. Лабораторно диагноз подтверждается типичной морфологией гриба в пораженном волосе (кучки артростор, септированный мицелий, пузырьки воздуха) и выделением культуры возбудителя. При микроспории (выбор 3) обломки волос в лучах лампы Вуда имеют изумрудно-зеленое свечение. Для

алопеции (выбор 4) характерно выпадение волос в очаге поражения. Волосы в зоне расшатанных волос свечения не имеют.

6. Какой тест не является диагностическим при микроспории?

1. Микроскопическое исследование
2. Бактериологическое исследование
3. Люминисцентное исследование
4. Исследование крови на КСР

Правильный ответ: исследование крови на КСР (выбор 4). Данное исследование применяется для диагностики сифилиса. Микроскопическое (выбор 1) и бактериологическое (выбор 2) исследования являются основными для подтверждения диагноза микроспории. Люминисцентное исследование пораженных волос (выбор 3) используется для подтверждения диагноза, выявления мелких очагов поражения, контроля лечения, при осмотрах в детских коллективах, где выявлены случаи микроспории.

7. Источником микроспории не являются:

1. Кошки
2. Собаки
3. Люди
4. Крупный рогатый скот

Правильный ответ: крупный рогатый скот (выбор 4). Крупный рогатый скот является источником заражения при трихофитии. Кошки и собаки (выбор 1 и 2) являются основными источниками инфекции при зооантропонозной микроспории. Заражение может произойти вследствие прямого и непрямого (через расчёски, игрушки и др.) контакта с больным ребенком (выбор 3) в случае антропонозной микроспории.

8. Чаще микроспорией болеют:

1. Спортсмены
2. Работники бань, саун
3. Дети
4. Военнослужащие

Правильный ответ: дети (выбор 3). Заражение детей происходит от больных кошек, собак (антропозонозная микроспория) или от больных детей (антропонозная микроспория). Спортсмены, военнослужащие (выбор 1 и 4) чаще подвержены микозам и онихомикозам стоп, что связано с ношением неудобной обуви, повышенным потением ног. Работники бань (выбор 2) также подвержены микозам - эпидермофитии, рубромикозу, кандидозу, отрубевидному лишаю, что связано с работой в условиях

повышенной влажности и температуры, контактом с предметами личной гигиены.

9. Укажите клинические формы трихофитии?

1. Поверхностная трихофития волосистой части головы
2. Поверхностная трихофития гладкой кожи
3. Хроническая трихофития
4. Инфильтративно-нагноительная трихофития
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5). Поверхностная трихофития волосистой части головы (выбор 1) характеризуется образованием нескольких или единичных шелушащихся очагов поредения волос. Волосы в очаге обламываются на расстоянии 1-3 мм. Поверхностная трихофития гладкой кожи (выбор 2) характеризуется возникновением на туловище, конечностях, шее очагов с периферическим, слегка возвышающимся валиком, образованным пузырьками, узелками и корочками. Центральная часть очагов более бледная и покрыта чешуйками. При хронической трихофитии волосы в очагах обламываются, образуя так называемые черные точки. Может отмечаться поражение ногтей пластинок. Болеющие хронической трихофитией являются источниками заражения для окружающих, особенно детей. Указанные клинические формы трихофитии вызываются антропофильным грибом. Симптомами инфильтративно-нагноительной трихофитии (выбор 4), которая вызывается зооантропофильными грибами, являются насыщенно-красные, опухолеподобные очаги в виде бляшек, из расширенных фолликулов которых при надавливании выделяется желтоватый гной (симптом «медовых сот»).

10. Для хронической трихофитии волосистой части головы характерны:

1. Мелкие и множественные очаги
2. Симптом “черных точек”
3. Отсутствие признаков острого воспаления
4. Все перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 4). При хронической трихофитии волосистой части головы очаги, как правило, мелкие, множественные (выбор 1), сравнимы по размерам. Волосы в очагах обламываются на уровне кожи и выглядят в виде чёрных точек (выбор 2). Воспаление хроническое, без признаков остроты (выбор 3), с постепенным увеличением площади поражения.

Зудящие дерматозы

1. Укажите признаки, подтверждающие наличие у пациента зудящего дерматоза:

1. Экскориации
2. «Полированные» ногти
3. Лихенификация
4. Темно-бурая пигментация
5. Все перечисленное верно.

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5), так как при зудящих дерматозах (атопический дерматит, чесухи и др.) субъективный признак «зуд» подтверждают объективные критерии: экскориации и геморрагические корочки (выбор 1), «полированные» ногти - сточенные, истончённые, с блестящей поверхностью (выбор 2), лихенификация — утолщение кожи с усилением кожного рисунка (выбор 3) и темнубурая пигментация (выбор 4).

2. Укажите основной патоморфологический процесс в коже при красном плоском лишае:

1. Спонгиоз
2. Баллонирующая дистрофия
3. Гранулематоз
4. Гипергранулез
5. Все перечисленное верно.

Правильный ответ: гипергранулез (выбор 4) или утолщение (диффузное, очаговое) зернистого слоя эпидермиса. Спонгиоз (выбор 1) и баллонирующая дистрофия (выбор 2) характерны для острых и подострых экссудативных воспалительных дерматозов (экзема, дисгидротическая форма эпидермофитии, вирусные дерматозы). Гранулематоз (выбор 3) - очаговая воспалительная реакция на инородное тело или инфекцию (туберкулез кожи, лепра).

3. Зуд не характерен для:

1. Чесотки
2. Патомимии
3. Псориаза
4. Атопического дерматита
5. Красного плоского лишая

Правильный ответ: для патомимии (вариант 2). Патомимия - дерматоз, возникающий вследствие насильственного повреждения кожи пациентом. Данное заболевание относится к психогенным дерматозам. Чесотка (вариант 1) характеризуется зудом, усиливающимся по ночам, в тепле. Зуд чаще беспокоит в типичных для чесотки местах - на кистях, промежности,

половых органах, под молочными железами у женщин, жидкие везикулы. Зуд при псориазе (вариант 3) может возникать у 40-70% пациентов. При atopическом дерматите (вариант 4) зуд является основным симптомом. Вследствие зуда развивается лихенизация в типичных местах - на сгибательных поверхностях конечностей, задней поверхности шеи и др. При красном плоском лишае зуд также является одним из основных симптомов. Зуд зачастую бывает очень сильным и не соответствует тяжести заболевания.

4. Зуд кожи не сопровождается:

1. Сахарный диабет
2. Уремию
3. Лимфогранулематоз
4. Цирроз печени
5. Микроспорию

Правильный ответ: микроспория (выбор 5). Для микроспории зуд не характерен. При сахарном диабете (выбор 1) пациентов беспокоит зуд кожи особенно половых органов. При уремии и циррозе печени (выбор 2 и 4) зуд может быть вызван различными продуктами, накапливающимися в коже (мочевинной, продуктами распада билирубина). При лимфогранулематозе зуд зачастую может являться ранним признаком заболевания и появляться задолго до клинических проявлений заболевания (выбор 3).

5. Какое заболевание не относят к зудящим дерматозам?

1. Красный плоский лишай
2. Крапивницу
3. Почесуху
4. Акне

Правильный ответ: акне (выбор 4). Высыпания при акне не сопровождаются зудом. При красном плоском лишае (выбор 1) зуд встречается практически в 100% случаях, бывает мучительным и невыносимым. Крапивница (выбор 2) является токсико-аллергическим дерматозом, для которого характерно появление волдырей, которые затем быстро исчезают бесследно. Появление волдырей сопровождается зудом. При почесухе (выбор 3) на коже возникают зудящие плотные папулы с пузырьком на верхушке (серопапулы), после вскрытия или эксфолиирования которых образуются корочки. Высыпания чаще располагаются на разгибательных поверхностях конечностей, редко на туловище.

6. Какой симптом не является клиническим признаком красного плоского лишая?

1. Сетка Уикхема

2. Пупковидное вдавление в центре папул
3. Реакция Кёбнера
4. Симптом Никольского

Правильный ответ: симптом Никольского (выбор 4). Данный симптом встречается при пузырчатке и характеризуется увеличением площади пузыря при его потягивании пинцетом. Сетка Уикхема (выбор 1) характеризуется появлением полос, образующих сетку, при нанесении растительного масла на поверхность папул при красном плоском лишае. Патофизиологической основой симптома является образование под роговым слоем полос или точек, являющихся результатом гранулеза. При красном плоском лишае возникают полигональные папулы фиолетового цвета с пупковидным вдавлением в центре (выбор 2). Реакция Кёбнера (выбор 3) является признаком нескольких кожных заболеваний (псориаз, красный плоский лишай) и характеризуется появлением новых высыпаний на месте травматизации кожи.

7. Укажите признаки, не характерные для атопического дерматита:

1. Зуд
2. Локализация на коленях, локтях, волосистой части головы
3. Индивидуальная или семейная атопия
4. Начало в раннем детском возрасте
5. Осенне-весенняя сезонность обострений

Правильный ответ: типичная локализация сыпи на локтях, коленях, волосистой части головы характерна для псориаза (выбор 2). При атопическом дерматите типичной локализацией высыпаний являются области локтевых, коленных, лучезапястных сгибов, задняя и боковые поверхности шеи. В раннем детском возрасте - лицо, разгибательные поверхности конечностей, туловище. Зуд (выбор 1), индивидуальная или семейная атопия (выбор 3), начало заболевания в раннем детском возрасте (выбор 4), осенне-весенняя сезонность обострений (выбор 5), наряду с типичной локализацией высыпаний, являются основными диагностическими признаками атопического дерматита.

8. Укажите заболевания, ассоциированные с атопическим дерматитом:

1. Вазомоторный ринит
2. Атопическая бронхиальная астма
3. Аллергический конъюнктивит
4. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 4). Атопия - это необычная реакция организма на внешние раздражители. Частота атопических заболеваний непрерывно возрастает. Они поражают от 5 до 20% населения. Вазомоторный ринит (выбор 1), бронхиальная астма (выбор 2),

аллергический конъюнктивит (выбор 3) являются заболеваниями атопического круга и нередко сопутствуют атопическому дерматиту.

9. Для патоморфологической картины атопического дерматита не характерен:

1. Гиперкератоз
2. Акантолиз
3. Спонгиоз
4. Акантоз
5. Воспалительная реакция дермы

Правильный ответ: акантолиз (выбор 2) характерен для вульгарной пузырчатки и возникает в результате потери связей между клетками шиповатого слоя вследствие разрушения десмосом в результате иммунокомплексных реакций. Гиперкератоз, или утолщение рогового слоя эпидермиса (выбор 1), акантоз, или увеличение количества рядов клеток в шиповатом слое (выбор 4), и воспалительные изменения в дерме (выбор 5) имеют различную степень выраженности при разных клинических формах атопического дерматита. Спонгиоз (выбор 3), или межклеточный отёк (скопление серозной жидкости в межклеточных пространствах шиповатого слоя эпидермиса, вследствие которого увеличиваются межклеточные лакуны), является основой микровезикулярных высыпаний преимущественно при везикуло-крустозной форме этого дерматоза.

10. Для везикуло-крустозной формы атопического дерматита характерны:

1. Микровезикулы на эритематозном фоне
2. Экскориированные изолированные отёчные папулы
3. Лихенизированные эритематозно-сквамозные очаги
4. Сиреневые пятна с плотным отёком и восковидным блеском в центре
5. Эритематозные пятна с плотно прилегающими серовато-белыми чешуйками

Правильный ответ: микровезикулы на эритематозном фоне (выбор 1). Везикуло-крустозная форма атопического дерматита встречается, как правило, в раннем детском возрасте и характеризуется преобладанием экссудативных явлений. Микровезикулы вскрываются, образуя серозные колодцы и далее серозные микрокорочки. Выражен интенсивный зуд. Экскориированные изолированные отёчные папулы (выбор 2) и лихенизированные эритематозно-сквамозные очаги (выбор 3) имеют место, соответственно, при пруригоподобной и эритематозно-сквамозной с лихенизацией клинических форм, которые встречаются, как правило, в более старшем возрасте. Сиреневые пятна с плотным отёком и восковидным

блеском (выбор 4) характерны для индуративноатрофической формы ограниченной бляшечной склеродермии. Эритематозные пятна с плотно прилегающими серовато-белыми чешуйками (выбор 5) определяются при дискоидной форме хронической красной волчанки.

11. Для лечения эритематозно-сквамозной с лихенизацией формы атопического дерматита средней тяжести степени не применяют:

1. Антигистаминные средства
2. Активированный уголь
3. Фототерапию УФ - светом
4. Системные антибиотики
5. Препараты вилочковой железы

Правильный ответ: при неосложнённой форме эритематозносквамозной с лихенизацией форме атопического дерматита не назначаются системные антибиотики (выбор 4). Подбор системного антибиотика (выбор 4) для лечения пиогенных осложнений атопического дерматита, а также сопутствующих соматических заболеваний бактериальной природы осуществляется с учётом атопической конституции таких больных. В частности, антибиотики пенициллинового ряда противопоказаны больным с атопическим дерматитом. При наличии поливалентной аллергии к антибиотикам необходимо консультирование у врача-аллерголога. Антигистаминные препараты (выбор 1) необходимы в острый период проявлений заболевания, так как оказывают противовоспалительное, дезагрегантное, зудоутоляющее действие. Активированный уголь (выбор 2) является энтеросорбентом и применяется в комплексной терапии атопического дерматита для сорбции и выведения аллергенов из кишечника. Фототерапия УФ светом (выбор 3) применяется как в комплексном лечении атопического дерматита, так и на этапах медицинской реабилитации после купирования острой стадии заболевания. Механизм действия фототерапии продолжает изучаться, однако известно, что она способствует снижению количества IgE-несущих клеток Лангерганса или уменьшению их активности в эпидермисе, способствует уменьшению воспалительной реакции в дерме посредством торможения экспрессии ICAM - 1 на кератиноцитах. Возможно, что определённую роль играет противомикробное действие фототерапии. Препараты вилочковой железы (выбор 5) - тималин, тактивин - применяются при нарушениях T - клеточного иммунитета с целью коррекции иммунологической недостаточности у больных атопическим дерматитом.

12. Рекомендации по диетическому режиму у больных атопическим дерматитом включают:

1. Исключение легко усваиваемых углеводов

2. Исключение цитрусовых фруктов
3. Употребление нежирных сортов мяса, вторичных бульонов
4. Употребление каш из цельной овсяной и гречневой круп
5. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 5). Легко усваиваемые углеводы (вариант 1), цитрусовые фрукты (вариант 2) наряду с рыбой, яйцами, мёдом, оранжевыми и красными ягодами и фруктами и др. относятся к продуктам питания с высокой сенсибилизирующей активностью и рекомендуются для ограничения или исключения в питании больного в зависимости от тяжести заболевания и индивидуальной переносимости. Употребление нежирных сортов мяса и вторичных бульонов (вариант 3) снижает содержание в пище животных жиров и экстрактивных веществ, которые также несут высокую антигенную нагрузку. Употребление каш из цельных овсяной и гречневой круп (вариант 4) способствует элиминации пищевых антигенов из желудочно-кишечного тракта.

13. Для атопического хейлита характерно:

1. Лихенизация губ
2. Чешуйки серого цвета, покрывающие губы до середины красной каймы
3. Серовато — желтые чешуйки — корки, свисающие с губы по типу фартука

Правильный ответ - лихенизация губ (выбор 1). Атопический хейлит - один из симптомов атопического дерматита. Заболевание начинается с зуда, отека и инфильтрации, шелушения красной каймы губ. Процесс довольно быстро завершается с формированием лихенизации губ и кожи в уголках рта. Чешуйки серого цвета, тянущиеся в виде ленты на всем протяжении губы и от линии Клейна до середины красной каймы губы (выбор 2) и серовато — желтые чешуйки — корки, свисающие с губы по типу фартука (выбор 3) - клинические проявления эксфолиативного хейлита, его сухой и экссудативной формы, соответственно. Эксфолиативный хейлит — хроническое заболевание с поражением исключительно красной каймы губ.

Контактный дерматит, токсидермии

1. Укажите предпочтительный путь введения лекарства у пациента с диагнозом ограниченный контактный дерматит?
 1. Парентеральный
 2. Пероральный
 3. Транскутанный
 4. Все перечисленное не верно

5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: транскутанный путь введения лекарств при ограниченном контактном дерматите (выбор 3) имеет ряд преимуществ перед пероральным путем (выбор 2), так как не зависит от рН содержимого желудка, времени последнего приёма пищи, возможности метаболической инактивации и доставки лекарственного вещества непосредственно в очаги поражения. Большинство вводимых парэнтерально лекарств (выбор 1) не являются дерматотропными и не обладают способностью накапливаться в достаточно высоких концентрациях в коже.

2. К диагностическим признакам медикаментозной токсидермии не относятся:

1. Связь клинических проявлений с приемом лекарств
2. Хорошую переносимость медикамента в прошлом
3. Положительные аллергологические пробы
4. Наличие периода сенсибилизации
5. Герпетиформный характер высыпаний.

Правильный ответ: герпетиформный характер высыпаний (выбор 5) характерен для герпетиформного дерматоза Дюринга. Токсидермия - острое воспалительное заболевание, представляющее собой аллергическую реакцию на введение в организм веществ, обладающих сенсибилизирующими свойствами, и в первую очередь лекарственных средств (выбор 1). Токсидермия может возникать вследствие перенасыщенности организма медикаментами или передозировкой препарата, несмотря на то, что раньше препарат переносился хорошо (выбор 2). Аллергологические пробы являются диагностическими тестами на аллергию к медикаментам (выбор 3). Во время латентного периода происходит сенсибилизация организма к лекарственному средству, химическому веществу или пищевому продукту (выбор 4).

3. Выберите определение дерматита. Дерматит - это

1. Воспаление кожи, возникающее в результате действия на неё экзогенных факторов химической или физической природы
2. Микоз гладкой кожи невоспалительного характера с поражением рогового слоя эпидермиса
3. Инфекционное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным зуднем, сопровождающееся ночным зудом кожного покрова, расчёсами, парными папуло-везикулами и чесоточными ходами.
4. Атопический дерматит.

Правильный ответ: воспаление кожи, возникающее в результате действия на неё экзогенных факторов химической или физической природы (выбор 1). Микоз гладкой кожи невоспалительного характера с поражением

рогового слоя эпидермиса - это отрубевидный лишай. Относится к микозам (выбор 2). Инфекционное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным зуднем, сопровождающееся ночным зудом кожного покрова, расчёсами, парными папуло-везикулами и чесоточными ходами - это чесотка. Относится к паразитарным дерматозам (выбор 3). Атопический дерматит - наследственное заболевание мультифакториальной природы с генетически детерминированным дефицитом функции Т-лимфоцитов-супрессоров, одновременной частичной блокадой Вадренэргических рецепторов и В-зависимым IgE-глобулиновым механизмом патологических иммунных реакций (выбор 4).

4. Выберите неправильное утверждение. По этиологии дерматиты бывают:

1. Химической природы
2. Паразитарные
3. Механические
4. Физические
5. Растительные

Правильный ответ: паразитарные (выбор 2). Например, чесоточный клещ вызывает чесотку, лейшмания тропическая - кожный лейшманиоз, головная вошь - головной педикулёз. Дерматиты, вызываемые химическими облигатными и факультативными раздражителями (выбор 1), являются самыми частыми. Среди облигатных химических раздражителей - концентрированные кислоты и щёлочи, некоторые соли металлов и др. К факультативным химическим раздражителям относят слабые щёлочи и кислоты, в т. ч. средства бытовой химии, синтетические волокна, лакокрасочные изделия и др., а также компоненты наружных лекарственных и косметических средств. Механическими факторами, вызывающими дерматит (выбор 3) могут быть давление и трение, в результате действия которых развиваются потёртость, оmozолелость, а также опрелость и пелёночный дерматит. Физические факторы, вызывающие дерматит (выбор 4), разнообразны. Это - воздействие высоких (ожоги) и низких (отморожение, ознобление и др.) температур, ультрафиолетовое облучение, ионизирующая радиация (лучевой дерматит острый и хронический), электрический ток. Растения (выбор 5) могут быть как облигатными (крапива, едкий лютик), так и факультативными раздражителями.

5. Для простого контактного дерматита не характерно:

1. Возникновение на месте действия экзогенного раздражителя
2. Возникновение сразу после действия повреждающего фактора
3. Чёткие границы воспаления кожи по месту воздействия раздражителя

4. Быстрый регресс при устранении действия раздражителя

5. Латентный период.

Правильный ответ: латентный период (выбор 5) характерен для аллергического дерматита, вызванного контактом с гаптенем, когда для формирования полноценного антигена, накопления его и развития аллергической реакции необходим временной интервал. Простой контактный дерматит по определению возникает на месте воздействия экзогенного фактора (выбор 1). Простой контактный дерматит вызывают сильные (облигатные) раздражители. Воспаление кожи возникает сразу после действия повреждающего фактора (выбор 2). Облигатные экзогенные раздражители оказывают прямое повреждающее действие на кожу, поэтому границы воздействия фактора и границы очага простого дерматита совпадают (выбор 3). При устранении причины простого дерматита процесс обратного развития воспаления наступает закономерно (выбор 4).

6. Укажите признаки, характерные для простого дерматита II степени:

1. Ярко-розовая эритема на месте воздействия фактора, воспалительный отёк

2. Пузыри и эрозии на фоне эритемы и воспалительного отёка

3. Язвы и очаги некроза кожи, эритема с воспалительным отёком

4. Микровезикулы, серозные колодцы и микрокорочки, мокнутие на фоне эритемы и отёка, узелки и волдыри

Правильный ответ: для простого дерматита II степени наряду с эритемой и воспалительным отёком появляются пузыри, которые могут иметь различные размеры (выбор 2). Субъективно — болезненность, саднение. Ярко-розовая эритема и отёк в месте воздействия повреждающего фактора (выбор 1), сопровождающиеся болезненностью и жжением, характерны для I степени простого дерматита. Язвы и очаги некроза кожи, эритема с воспалительным отёком (выбор 3) характеризуют некротическую (III) степень простого дерматита и формируются при очень интенсивном воздействии повреждающего фактора, сопровождаются резкой болезненностью и интоксикацией в случае обширного поражения. Микровезикуляция, мокнутие, серозные колодцы на фоне умеренной эритемы и отёка, микрокорочки, а также узелки и уртикарии (выбор 4) характерны для аллергического дерматита.

7. Выберите патогенетические признаки отличия экземы от аллергического дерматита:

1. Моновалентная сенсibilизация

2. Отсутствие парааллергии

3. Вышеперечисленные признаки

4. Поливалентная сенсibilизация и парааллергия

Правильный ответ: экзема формируется при длительном (2 и более месяцев) воздействии экзогенных аллергенов (выбор 4). При этом возникает сенсibilизация к нескольким факторам (поливалентная сенсibilизация), изменяется реактивность организма, происходит иммунологическая, обменная и другие виды перестройки, в результате чего многие раздражители приводят вначале к появлению, а затем к обострению экзематозной реакции кожи. Подобная реакция кожи может возникать путем прямого действия различных факторов на клетки, выделяющие медиаторы аллергии (гистамин, лейкортинены, серотонин), то есть без предшествующей иммунологической стадии (парааллергия). Моновалентная сенсibilизация (выбор 1,3) и отсутствие парааллергии (выбор 2,3) характерны для контактного аллергического дерматита.

8. К мероприятиям по профилактике опрелостей у детей грудного возраста не относят:

1. Ежедневные купания ребёнка
2. Исключение употребления СМС для стирки детского белья
3. Обтирание складок кожи прокипяченным растительным маслом.
4. Обтирание складок кожи 2% салициловым спиртом
5. Припудривание кожи в складках

Правильный ответ: 2% салициловый спирт (выбор 4) не используется для профилактики опрелостей у детей, так как является сильным раздражителем для детской кожи и может вызвать химический контактный простой дерматит. При опрелостях используют индифферентные примочки с крепким чаем, 0, 5% резорцином, жидкостью Бурова, 0,25 % раствором нитрата серебра, водные растворы анилиновых красок, пасты. Ежедневные до 6 месяцев и через день после 6 месяцев купания ребёнка (выбор 1) предотвращают мацерацию кожи и опрелости, развитие вторичной пиогенной инфекции. СМС плохо удаляются при полоскании, повышают жёсткость и содержание химических раздражителей в детском белье, что усиливает трение и способствует возникновению опрелостей, а также пелёночного дерматита (результат трения и сенсibilизации к СМС). Поэтому использование СМС для стирки детского белья не допускается (выбор 2). Обтирание складок кожи ребёнка тёплым масляным раствором (выбор 3) способствует уменьшению трения кожи в складках. Припудривание кожи ребёнка (выбор 5) увеличивает скольжение кожи в складках, уменьшает трение и мацерацию.

9. Укажите клиническую форму, не относящуюся к потнице:

1. Кристаллическая

2. Буллёзная
3. Красная
4. Белая

Правильный ответ: буллёзная форма (выбор 2) возможна при стрептококковом импетиго, которое может осложнять потницу у детей. Импетиго характеризуется появлением крупных и мелких пузырей с вялой покрывкой и серозно-гнойным содержимым. Кристаллическая потница (выбор 1) характеризуется появлением у тучных и обильно потеющих детей грудного и младшего возраста большого количества мелких рассеянных пузырьков сферической формы с тонкой прозрачной покрывкой и водянистым содержимым на коже туловища и конечностей. Красная потница (выбор 3) характеризуется появлением множественных мелких красных папул с милиарными пузырьками на верхушке на коже боковых поверхностей туловища, шеи, в складках кожи. Белая потница (выбор 4) формируется при присоединении вторичной пиококковой инфекции, вследствие чего прозрачное содержимое пузырьков мутнеет и становится белым, а затем желтеет, становясь гнойным.

10. Укажите признаки, не характерные для контактного аллергического дерматита:

1. Возникает в результате повторного воздействия аллергена
2. Границы нерезкие
3. Может возникать вследствие приёма медикаментов per os
4. Характерно наличие микровезикул и мокнутия
5. Может трансформироваться в экзему

Правильный ответ: в результате приёма медикаментов per os (выбор 3) может развиваться медикаментозная токсикодермия, которая характеризуется системными токсико-аллергическими реакциями. Контактный аллергический дерматит вызывают слабые раздражители, которые при повторном воздействии на кожу вызывают сенсibilизацию и аллергическое воспаление (выбор 1). Границы очага поражения при аллергическом дерматите нерезкие (выбор 2) и могут находиться вне зоны воздействия аллергена. Для экссудативного аллергического воспаления кожи характерно наличие микровезикул, мокнутия и серозных колодцев (выбор 4). Патоморфологически определяется спонгиоз. Рецидивирующий аллергический дерматит может приводить к формированию поливалентной аллергии, парааллергии, клинически - к увеличению размеров, количества очагов, их диссеминации, что свидетельствует о его трансформации в экзему (выбор 5).

11. Для лечения контактного аллергического дерматита не применяют:

1. Тавегил
2. Тиосульфат натрия
3. Примочка с 2% борной кислотой
4. Крем «Целестодерм»
5. Крем «Низорал»

Правильный ответ: крем «Низорал» (выбор 5) - лекарственная форма кетоконазола для наружного применения. Обладает фунгистатическим и противобактериальным эффектом. Показан для лечения микозов. Тавегил (выбор 1) обладает противогистаминным действием, вследствие чего способствует купированию аллергического воспаления. Тиосульфат натрия (выбор 2) обладает гипосенсибилизирующим действием. Может применяться при аллергическом дерматите в виде микстуры или внутривенно. Примочка с 2% борной кислотой (выбор 3) показана в период острой стадии аллергического воспаления, сопровождающейся везикуляцией, мокнутием, серозными колодцами. Обладает противовоспалительным, дезинфицирующим, охлаждающим, противозудным, подсушивающим действием. Крем «Целестодерм», содержащие глюкокортикоид бетаметазон (выбор 4), относятся к наружным стероидным лекарственным формам с высокой степенью противовоспалительной и противоаллергической активности. Применение крема возможно в подострую стадию аллергического дерматита при отсутствии везикуляции и мокнутия.

12. Выберите мероприятия при медикаментозном контактноаллергическом дерматите:

1. Отменить препарат - аллерген
2. Назначить гипосенсибилизирующее лечение
3. Выполнить кожные аллергические пробы на предполагаемый аллерген
4. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 4). Отмена раздражителя, вызвавшего контактно-аллергический дерматит (выбор 1), не приведёт к самопроизвольному выздоровлению, так как при аллергическом воспалении имеет место сенсибилизация, которая приводит к длительно протекающим и взаимно активирующим патологическим процессам в коже. Комплексное гипосенсибилизирующее лечение (выбор 2) включает в себя назначение системных антигистаминных и гипосенсибилизирующих средств, вплоть до глюкокортикоидных гормонов. Кожные аллергологические пробы (выбор 3) выполняются в период ремиссии заболевания с соблюдением правил проведения этого метода диагностики аллергии. Целью тестов является определение компонентов наружного средства, вызвавшего

аллергический дерматит для исключения его применения больным в дальнейшем.

13. Выберите определение понятия «Токсикодермия»:

1. Поражения кожи токсического генеза
2. Поражения кожи аллергического генеза
3. Поражения кожи эндогенного генеза
4. Поражения кожи, возникающие в результате эндогенного

токсикоаллергического действия химических веществ, поступающих из внешней среды.

Правильный ответ: токсикодермия - это целый ряд клинически и морфологически неоднородных заболеваний смешанного токсикоаллергического генеза, которые развиваются в результате системного действия экзогенных химических факторов. Токсический и аллергический механизмы развития заболевания могут сочетаться (выбор 4). Токсикодермия вследствие прямого токсического действия повреждающего фактора (выбор 1) - один из возможных механизмов развития заболевания (например, токсикодермия вследствие токсического действия йода, брома, мышьяка или вследствие повышенной индивидуальной чувствительности к терапевтическим дозам лекарственных препаратов). Иммунный механизм развития токсикодермии (выбор 2) является наиболее частым и может реализовываться в виде аллергических реакций немедленного и замедленного типов. Эндогенный генез (выбор 3) характерен для подавляющего большинства хронических дерматозов (наследственность, нарушения обмена веществ, нервной системы и др.).

14. Укажите этиологические факторы токсикодермий:

1. Лекарства
2. Пищевые факторы
3. Производственные химические факторы
4. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 4). Лекарственные средства (выбор 1) являются наиболее частой причиной возникновения токсикодермий. Наиболее неблагоприятными являются внутримышечный и подкожный путь введения, которые обеспечивают накопление лекарственного вещества в тканях (депо). Токсикодермия может возникать при употреблении пищи, содержащей всевозможные химические добавки (консерванты, стабилизаторы, эмульгаторы, красители, ароматизаторы и другие), а также в случае употребления недоброкачественной пищи, содержащей химические продукты распада (выбор 2). В условиях производства токсикодермии могут возникать в результате попадания в

организм тяжёлых металлов, соединений хрома, никеля, бензина и др. (выбор 3).

15. К клиническим признакам токсикодермий не относятся:

1. Сочетание поражения кожи с поражением других органов и систем
2. Наличие обломанных изменённых волос в очагах поражения
3. Разнообразная морфология поражений кожи
4. Нарушение общего состояния больного

Правильный ответ: наличие обломанных утолщённых тусклых волос в очагах поражения (выбор 2) является клиническим признаком микроспории и трихофитии. При микроспории волосы обламываются на высоте 5-8 мм, при трихофитии - 1-3 мм или на уровне кожи. При токсикодермиях поражение кожи может сочетаться с поражением других органов и систем (выбор 1) — системы крови (анемии, эозинофилия или эозинопения, тромбоцитопения и др.), сердечно-сосудистой системы (миокардит, васкулиты и др.), желудочно-кишечного тракта (гастриты, колиты и др.), дыхательной системы (бронхиальная астма и др.), печени, почек, суставов и мышц, нервной системы. При токсикодермиях наблюдаются разнообразные морфологические варианты высыпаний (выбор 3): пятнистые, папулёзные, уртикарные, экземопоподобные, узловатые, эритематозно-сквамозные, а также полиморфные сыпи. В ряде случаев токсикодермия сопровождается нарушением общего состояния больного (выбор 4), которое может варьировать от удовлетворительного до тяжёлого. Наблюдаются слабость, головная боль, повышение температуры тела, зуд и жжение кожи.

16. Выберите заболевания, не относящиеся к лекарственной токсикодермии

1. Многоформная экссудативная эритема
2. Вульгарная эктима
3. Синдром Лайелла
4. Острая крапивница
5. Фиксированная эритема

Правильный ответ: вульгарная эктима (выбор 2) - глубокая стрептококковая пиодермия, которая может развиваться у ослабленных лиц. Многоформная экссудативная эритема (выбор 1) может иметь как инфекционно-аллергический, так и лекарственный генез. Клинически характеризуется появлением на коже и слизистых оболочках характерных воспалительных полиморфных элементов, напоминающих кокарду (мишень, голубиный глаз). Наиболее тяжёлой клинической формой заболевания является синдром Стивенса-Джонсона. Синдром Лайелла (выбор 3) является самой тяжёлой формой медикаментозной токсикодермии,

сопровождающейся генерализованным токсико-аллергическим поражением кожного покрова, нарушением функции жизненно важных органов и систем. Острая крапивница (выбор 4) может являться одним из клинических вариантов токсикодермии, клинически проявляется зудящими волдырями и может осложняться отёком Квинке. Фиксированная эритема (выбор 5) развивается через несколько дней после приёма сульфаниламидов. Характеризуется появлением на коже и слизистых оболочках очагов эритемы и отёка (иногда пузырей), имеющих сиреневатосинюшный цвет и разрешающихся стойкими пигментациями аспидночёрного цвета.

17. К методам профилактики медикаментозной токсикодермии не относятся:

1. Сбор аллергологического анамнеза
2. Исследование общесоматического статуса перед назначением лекарственной терапии
3. Соблюдение рекомендуемых терапевтических доз
4. Полипрагмазия
5. Соблюдение рекомендованных методик применения лекарственных средств

Правильный ответ: полипрагмазия (выбор 4): одновременное применение нескольких лекарственных препаратов может приводить к нежелательному синергизму, антагонизму, а также к образованию в организме токсико-аллергических продуктов их взаимодействия, что может способствовать развитию медикаментозной токсикодермии. Сбор аллергоанамнеза (выбор 1) является обязательным при опросе больного перед назначением лекарственной терапии, так как позволяет исключить применение известных для больного опасных в отношении развития токсикодермии медикаментов. В ряде случаев необходима предварительная аллергологическая диагностика с использованием тестов *in vitro*. Исследование общесоматического статуса перед назначением лекарственной терапии (выбор 2) позволяет установить патологию внутренних органов, которая неблагоприятно влияет на метаболизм лекарств в организме; определить оптимальные для больного пути введения лекарств; назначать медикаменты с учётом аллергоанамнеза (например, пенициллины и другие Р-лактамы противопоказаны больным с атопическими заболеваниями). Применение лекарственных препаратов в оптимальных терапевтических дозах (выбор 3) позволяет избежать их избыточной концентрации в организме и связанного с ней токсического действия препарата. Частота, способ введения, соблюдение правил приёма медикаментов (выбор 5) предупреждают нежелательные особенности метаболизма и избыточной кумуляции лекарств в организме.

18. Для лечения токсикодермий не применяют:

1. Нестероидные противовоспалительные средства
2. Системные глюкокортикоиды
3. Антигистаминные и гипосенсибилизирующие средства
4. Дезинтоксикационную терапию
5. Дезинфицирующие и эпителизирующие средства

Правильный ответ: нестероидные противовоспалительные средства (выбор 1) не применяются для лечения медикаментозной токсикодермии. Наряду с антибиотиками, сульфаниламидными, снотворными, витаминными и другими препаратами они являются лекарственными средствами, наиболее часто вызывающими медикаментозную токсикодермию. Системные глюкокортикоиды (выбор 2) применяют при распространённых и тяжёлых токсикодермиях как правило в больших и средних дозах парентерально, а также per os. Однако при выборе системного глюкокортикоида надо иметь в виду, что встречаются случаи лекарственной непереносимости лекарств и этой группы. Антигистаминные и гипосенсибилизирующие препараты (выбор 3) применяются для подавления аллергической реакции при токсикодермии. Применяются как парентерально, так и per os, в зависимости от тяжести болезни. В комплексном лечении токсикодермии с целью дезинтоксикации используют внутривенное капельное введение кристаплоидных растворов с последующим введением мочегонных средств, экстракорпоральную детоксикацию (гемасорбция, плазмаферез), которая наряду с энтеросорбентами и слабительными средствами способствует элиминации из организма больного антигенов (выбор 4). Дезинфицирующие и эпителизирующие средства (выбор 5) применяют для наружного лечения при эрозивном поражении кожи и слизистых оболочек с целью профилактики развития вторичной инфекции и стимуляции восстановления структуры органа. С этой целью используют водные растворы анилиновых красок, отвары ромашки, шалфея, 0,25% раствор протаргола, аэрозоли, кремы и мази комбинированного состава (глюкокортикоид+антибиотик), гели и мази, способствующие эпителизации.

Неотложные состояния в дерматологии

1. Синдром Стивенса - Джонсона является тяжелой разновидностью:
 1. Крапивницы
 2. Анафилактического шока
 3. Многоформной экссудативной эритемы
 4. Псориаза

Правильный ответ: многоформной экссудативной эритемы (выбор 3), основой которой является поражение сосудов дермы с характерными мишеневидными поражениями кожи и слизистых синюшно - красного цвета в виде пятен, пузырей, узелков и пузырьков. Заболевание вызывается инфекционными агентами, лекарственными препаратами, возникает при болезнях соединительной ткани, лучевой терапии. При крапивнице (выбор 1), которая является аллергической или псевдоаллергической реакцией, появляются волдыри (отёк сосочкового слоя дермы), которые характеризуются эфемерностью и исчезают в течение нескольких часов. Тяжёлой разновидностью крапивницы является отёк Квинке. Анафилактический шок (выбор 2) - тяжелое острое состояние, обусловленное аллергической реакцией немедленного типа, вызывающее угрожающее жизни поражение органов и систем. Тяжелыми разновидностями псориаза (выбор 4) являются эритродермия, артропатия и пустулезный псориаз.

2. Развитие синдрома Стивенса-Джонсона могут провоцировать:

1. Инфекционные агенты
2. Лекарственные препараты
3. Злокачественные новообразования
4. Всё перечисленное верно.

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 4). Инфекционными агентами (выбор 1) могут быть микоплазмы, вирус простого герпеса, вирусы Коксаки, ЕСНО, гриппа и паротита, тифозная, туберкулезная, дифтерийная палочка, хламидии, гемолитический стрептококк. Из лекарственных препаратов (выбор 2) синдром Стивенса-Джонсона чаще вызывают пенициллин, стрептомицин, тетрациклин, сульфаниламиды, барбитураты, ацетилсалициловая кислота, гризеофульвин, аминазин, кодеин. При злокачественных новообразованиях (выбор 3) синдром развивается вследствие иммунологических нарушений, связанных с опухолевой интоксикацией.

3. Каковы клинические проявления синдрома Стивенса-Джонсона?

1. Лихорадка, миалгии
2. Образование пузырей и эрозий на слизистых
3. Поражение глаз
4. Сыпь на кожном покрове
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5). Заболевание обычно начинается остро с высокой лихорадки (выбор 1), артрита, артралгии, миалгии, иногда с продромальным гриппоподобным периодом в течение 1-3 дней. Слизистые оболочки (выбор 2) всегда вовлекаются в процесс с

образованием пузырей и эрозий с серо-белыми пленками или геморрагическими корками, которые в случае поражения слизистой рта иногда покрывают и красную кайму губ. Поражение глаз (выбор 3) возникает в 91% случаев и характеризуется тяжелыми катаральными и гнойными конъюнктивитами с развитием пузырьков и эрозий, изъязвлений и рубцовых изменений роговицы, увеитом, панофтальмитом. Сыпь на коже (выбор 4) проявляется различного размера пятнистопапулезными элементами, пузырьками, пустулами, пузырями, геморрагиями, отеком наружных половых органов.

4. Какие препараты обязательно назначают при синдроме Стивенса-Джонсона?

1. Высокие дозы глюкокортикоидов
2. Энтеросорбенты
3. Антигистаминные препараты
4. Антибиотики

Правильный ответ: высокие дозы глюкокортикоидов (выбор 1). Преднизолон назначается до 100 мг в сутки, с постепенным снижением дозы. Другие препараты (выбор 2, 3, 4) назначаются как дезинтоксикационные, десенсибилизирующие средства, антибиотики (выбор 4) - по показаниям с учетом индивидуальной переносимости.

5. Укажите варианты синдрома Лайелла?

1. Инфекционный
2. Лекарственный
3. Идиопатический
4. Смешанный
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5). При инфекционном синдроме Лайелла (выбор 1) возникает аллергическая реакция на инфекционные агенты, преимущественно на стафилококк, что часто встречается в детском возрасте. При лекарственном (выбор 2) варианте реакция возникает на медикаментозные средства. При идиопатическом варианте (выбор 3) причину заболевания установить не удастся. При смешанном (выбор 4) варианте синдрома Лайелла предполагается сочетание нескольких причин.

6. Какой из перечисленных признаков является основным клиническим проявлением при синдроме Лайелла?

1. Отслойка эпидермиса
2. Возникновение множественных волдырей

3. Тотальное поражение волос

4. Все перечисленное верно

Правильный ответ: отслойка эпидермиса (выбор 1). Отслойка эпидермиса при синдроме Лайелла отмечается на 30% или более поверхности кожи и является основным симптомом. При прикосновении эпидермис сморщивается и скользит под пальцами (симптом «смоченного белья») отслаивается на ладонях и стопах в виде перчаток и носков с образованием цианотично-красных эрозий. Симптом Никольского при том резко положительный. Возникновение множественных волдырей (выбор 2) характерно для крапивницы. Тотальное поражение волос (выбор 3) не является определяющим симптомом при синдроме Лайелла.

7. Выберите верное утверждение:

1. Эритродермия - это тяжелое универсальное воспалительное поражение кожи

2. Многие эритродермии клинически сходны, поэтому этиологический диагноз можно поставить лишь после комплексного обследования больного

3. Эритродермии являются показателем тяжелого состояния организма.

4. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 4). При эритродермии поражается от 70 до 100% кожи (выбор 4). Многие эритродермии сходны по клиническим проявлениям (выбор 2) и могут быть первичными, вторичными или идиопатическими. При дифференциальной диагностике необходимо учитывать данные анамнестического, лабораторного, патоморфологического и других исследований. Независимо от причины и особенностей течения эритродермия - показатель тяжелого состояния организма (выбор 3), связанного с нарушением функций поражённого кожного покрова, а также других жизненно важных органов и систем. Течение эритродермий может сопровождаться тяжелым общим состоянием - лихорадкой, лимфаденопатией, нарушением функций сердечно-сосудистой и выделительной систем, присоединением вторичной инфекции и др.

8. Классификация эритродермий включает:

1. Первичные эритродермии

2. Вторичные эритродермии

3. Идиопатические эритродермии

4. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 4). Первичные эритродермии (выбор 1) возникают первично как реакция кожи на повреждающий эндо - или экзогенный фактор. Они могут возникать при рождении (врожденные эритродермии) или развиваться при наличии

некоторых общесоматических заболеваний (лимфомы, гемобластозы). При этих заболеваниях эритродермия зачастую является первым и единственным симптомом. Первичные эритродермии возникают и при токсическом действии некоторых лекарственных веществ (токсические эритродермии). Вторичные эритродермии (выбор 2) появляются в результате обострения некоторых кожных заболеваний - атопического дерматита, красного плоского лишая, псориаза и других. Идиопатические эритродермии (выбор 3) возникают без видимой причины.

9. Какие мероприятия необходимо провести при установлении диагноза эритродермии?

1. Дезинтоксикационную терапию
2. Подробный сбор анамнеза и дополнительные исследования
3. Обязательную госпитализацию
4. Все перечисленное верно

Правильный ответ - все перечисленное верно (выбор 4). Дезинтоксикационная терапия (выбор 1) назначается при любом типе эритродермий, поскольку заболевание сопровождается токсикозом. Эритродермия может возникать при целом ряде заболеваний, поэтому необходим подробный сбор анамнеза и выполнение ряда лабораторных, инструментальных и других обследований для определения характера эритродермии с целью выработки оптимальной тактики лечения (выбор 2). Эритродермия является неотложным состоянием, поэтому лечение больного следует проводить в стационаре (выбор 3), желательно в палате интенсивной терапии.

10. Какое поражение при отеке Квинке является наиболее опасным?

1. Поражение кожи половых органов
2. Поражение кожи и слизистой губ
3. Поражение гортани
4. Все перечисленное верно.

Правильный ответ: поражение гортани (выбор 4), которое может привести к асфиксии вследствие отека ее слизистой оболочки. Резкий отек гортани может привести к ее стенозу и необходимости проведения трахеостомии. При легкой или средней тяжести отек гортани продолжается от часа до суток. Отек Квинке возникает на всех участках с рыхлой клетчаткой. Высыпания могут возникать на лице, слизистой губ (выбор 2), наружных половых органах (выбор 1) в виде отека плотноэластической консистенции. Кожа при этом белая, реже розового цвета. Часто отмечается нарушение общего состояния. При выраженном отеке лица возможно

вовлечение серозных мозговых оболочек с возникновением менингеальных симптомов.

11. Какие мероприятия проводят при отеке Квинке?

1. Отмена агента, вызвавшего реакцию
2. Антигистаминные препараты
3. Преднизолон при тяжелых состояниях
4. Мочегонные препараты
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5). Отек Квинке зачастую возникает вследствие применения медикаментов или воздействия раздражающих веществ (краска для волос, крема). Поэтому необходимо собрать тщательный анамнез и по возможности исключить действие агента, вызвавшего реакцию (выбор 1). Антигистаминные препараты (выбор 2) - димедрол, тавегил, супрастин, фенкарол позволяют купировать аллергический механизм возникновения отека. При тяжелых состояниях (отек гортани) необходимо назначить преднизолон (выбор 3) в растворе глюкозы, показаны инъекции 0,1% раствора адреналина по 0,3-0,5 мл подкожно каждые 20 минут в зависимости от тяжести состояния. Необходимо предусмотреть возможность искусственной вентиляции легких. Мочегонные препараты - тиазиды, фуросемид - позволяют уменьшить отек (выбор 4).

12. Укажите клинические признаки синдрома Лайелла:

1. Острое течение
2. Эритродермическое поражение кожи
3. Положительный симптом Никольского
4. Резкое ухудшение общего состояния
5. Всё перечисленное

Правильный ответ: всё перечисленное (выбор 5). Синдром Лайелла — это самая тяжёлая клиническая форма медикаментозной токсикодермии. Летальность при заболевании составляет от 25 до 70%. Патогенетической основой заболевания являются аллергия и токсикоз. Происходит цитотоксическое поражение тканей. Разрушаются дермо-эпидермальные связи, симптом Никольского (выбор 3) определяется в любой области кожного покрова. Как правило, заболевание начинается и протекает остро (выбор 1). Тяжесть заболевания пропорциональна остроте. Однако возможны и доброкачественные варианты развития болезни. Эритродермия (выбор 2) может наблюдаться как в дебюте заболевания, так и формироваться в процессе его развития. Характеризуется разлитым отёком и гиперемией кожи, имеющей синюшный (пивидный) оттенок, быстрым появлением легко

вскрывающихся обширных пузырей с серозногеморрагическим содержимым. У больного с синдромом Лайелла резко нарушаются все функции кожного покрова, а также других жизненно важных органов и систем. Имеет место массивная плазмопотеря, развивается дефицит плазменных белков, минеральный дисбаланс, нарастают токсические изменения в органах и тканях, что прогрессивно ухудшает общее состояние больного (выбор 5).

Профессиональные дерматозы

1. Что из перечисленного не относят к профессиональным дерматозам?

1. Омозолелость
2. Эризепеллоид
3. Масляные фолликулиты
4. Псориаз

Правильный ответ: псориаз (выбор 4)- рецидивирующий папулезный дерматоз мультифакторной природы. Омозолелость (выбор 1) возникает как защитная реакция кожи ладоней у лиц, занятых физическим трудом. Эризепеллоид (выбор 2) - заболевание, встречающееся у работников мясокомбинатов, ветеринарной службы, проявляется возникновением красного пятна на коже большого и указательного пальцев. Вызывается бациллой свиной рожи или мышинной септицемии. Масляные фолликулиты (выбор 3) - встречаются у механиков, постоянно работающими со смазочными заболеваниями.

2. Какие пробы используются для подтверждения профессионального характера заболевания кожи?

1. Йодная проба Ядассона
2. Йодная проба Бальцера
3. Компрессные и скарификационные аллергические пробы
4. Проба Мицуды

Правильный ответ: компрессные и скарификационные аллергические пробы (выбор 3). При скарификационных пробах раствор производственного раздражителя наносится скарификатором на поверхность кожи, при компрессных накладывается на неповрежденную кожу под повязку. Йодная проба Ядассона (выбор 1) проводится при подозрении на герпетиформный дерматоз Дюринга и выражается в появлении пузырей, пузырьков, эритемы после нанесения 50% мази иодида калия на сгибательную поверхность предплечья под повязку на 24 - 48 часов. Йодная проба Бальцера (выбор 2) проводится при отрубевидном лишае и выражается в интенсивной окраске очагов поражения за счёт усиленного впитывания йода отрубевидными

чешуйками. Проба Мицуды (выбор 4) применяется при лепре для определения формы и прогноза заболевания, динамики лечения.

3. Какие лечебно-профилактические мероприятия осуществляются для предупреждения профдерматозов?

1. Выявление больных на профосмотрах
2. Профотбор
3. Пользование спецодеждой
4. Санпросветработа
5. Все перечисленное верно.

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5). Периодические профосмотры (выбор 1) позволяет выявить больных на производстве. При приеме на работу необходимо проводить профотбор и выяснить общесоматический и аллергологический анамнез у работников (выбор 2). Спецодежда - перчатки, костюмы - необходима для защиты от вредного воздействия физических и химических факторов (выбор 3) и профилактики профессиональных дерматозов. Санпросветработа (выбор 4) позволяет повысить осведомленность населения в отношении профдерматозов.

4. Какое мероприятие необходимо провести в первую очередь при ожоге концентрированной щелочью или кислотой?

1. Обильное продолжительное промывание теплой водой
2. Наложение гормональных кремов или мазей
3. Обработка спиртом

Правильный ответ: обильное продолжительное промывание теплой водой (выбор 1). Промывание не проводится при ожогах соединениями алюминия, поскольку они при контакте с водой воспламеняются. Их удаляют керосином, бензином или спиртом. После промывания остатки кислот или щелочей нейтрализуют слабыми растворами гидрокарбоната натрия, лимонной или уксусной кислот. Обработка спиртом может привести к ухудшению состояния и усугубить тяжесть поражения (выбор 3). Наложение гормональных мазей (выбор 2) проводится после проведенных первичных мероприятий.

5. Чем характеризуются профессиональные стигмы?

1. Приводят к нетрудоспособности
2. Исчезают во время отпуска
3. Свидетельствуют о приспособляемости организма
4. Вызываются только химическими факторами

Правильный ответ: свидетельствуют о приспособляемости организма (выбор 3). Стигмы возникают при длительном воздействии какого-либо

фактора и свидетельствуют о принадлежности к определенной профессии. Стигмы являются стойкими изменениями и могут не исчезать во время отпуска (выбор 2). Стигмы не обязательно приводят к нетрудоспособности (выбор 1). Данные признаки могут вызываться любыми производственными факторами (выбор 4).

6. Что из перечисленного относится к профессиональным дерматозам инфекционной природы?

1. Эризепеллоид
2. Механический дерматит
3. Ознобление
4. Термический ожог

Правильный ответ: эризепеллоид (выбор 1). Эризепеллоид - заболевание, встречающееся у работников мясокомбинатов, ветеринарной службы, проявляется возникновением красного пятна на коже большого и указательного пальцев. Вызывается бациллой свиной рожи или мышинной септицемии. Механический дерматит (выбор 2) развивается у работников физического труда обычно на ладонях. Проявления могут быть в виде пузырей, микротрещин, гиперемии. Иногда отмечаются и более глубокие поражения кожи, приводящие к травмам. Ознобление (выбор 3) возникает обычно при работе в сыром помещении, сыром ветру, воздействию низких температур (но не ниже 0) и повышенной влажности воздуха. Проявляется синюшно-розовыми припухлостями на коже, иногда возникают узелки, узлы или пузыри. Прикосновение к ознобленной коже вызывает болезненность. Термический ожог (выбор 4) возникает в результате воздействия на кожу пламени огня, горячего металла, жидкости или пара. При этом характер изменений зависит от степени ожога.

7. В каком случае дерматоз считается профессиональным?

1. Если течение ранее существующего дерматоза ухудшается под действием производственного фактора
2. Если имеются аналогичные заболевания у родственников
3. Если обострения дерматоза имеют сезонный характер
4. Если причиной возникновения дерматоза является только повреждающий фактор на производстве
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: если причиной возникновения дерматоза является только повреждающий фактор на производстве (выбор 4). Многие дерматозы обостряются при воздействии вредных производственных факторов, поэтому обострившийся на работе ранее существовавший дерматоз не считается профессиональным (выбор 1). Наличие аналогичных заболеваний у

родственников свидетельствует не о профессиональном заболевании, а скорее о наследственном (болезнь Дарье, ихтиоз) дерматозе или дерматозе с наследственной предрасположенностью (атопический дерматит, псориаз). Многие кожные заболевания имеют сезонный характер (выбор 3) и обостряются в определенное время года (летний и зимний типы псориаза, atopический дерматит).

8. Для профессиональных дерматозов характерны:

1. Локализация на открытых участках тела
2. Возникновение дерматоза вследствие воздействия производственного фактора
3. Положительные аппликационные пробы с производственными аллергенами
4. При прекращении действия вредного фактора дерматоз может регрессировать
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5). Профессиональные дерматозы чаще возникают на открытых участках тела, более подверженных действию вредного фактора (выбор 1). Профдерматоз возникает только вследствие воздействия производственного фактора (выбор 2), поэтому если дерматоз был диагностирован ранее и обострился на производстве, он не считается профессиональным. Положительные аппликационные пробы с производственными аллергенами (выбор 3) могут помочь в диагностике заболевания и определить вредный фактор. Зачастую при прекращении действия вредного фактора (отпуск, выходные дни, период обследования в стационаре) дерматоз регрессирует или его течение заметно улучшается.

9. К заведующему хирургическим отделением обратилась санитарка, работающая в операционной, с жалобами на болезненные припухлости околоногтевых валиков, их отечность и болезненность при пальпации. Ногти кистей не изменены. Заболевание связывает с контактом с дезинфицирующими средствами на основе хлора. Какое из заболеваний вероятнее всего можно предположить?

1. Эризипептоид
2. Механический дерматит
3. Профессиональные паронихии
4. Химический ожог

Правильный ответ: профессиональные паронихии (выбор 3). Они характеризуются припухлостью и гиперемией околоногтевых валиков, их болезненностью, нависанием над ногтевой пластинкой. Эризипелоид (выбор

1) - заболевание, встречающееся у работников мясокомбинатов, ветеринарной службы, имеющих контакт с крупным рогатым скотом. Механический дерматит (выбор 2) развивается на ладонях у работников физического труда. Химический ожог (выбор 4) возникает в результате действия химических веществ (кислоты, щелочи).

Экзема

1. Для экземы характерно:

1. Истинный полиморфизм высыпаний
2. Мономорфная папулёзная сыпь
3. Эритематозно-сквамозные пятна с валикообразно приподнятым краем
4. Геморрагическая петехиальная сыпь

Правильный выбор: истинный полиморфизм сыпи (выбор 1) при экземе обусловлен одновременным наличием нескольких первичных морфологических элементов - эритемы, микроузелков, микровезикул в очагах поражения. Мономорфная папулёзная сыпь (выбор 2) характерна для псориаза в виде эпидермо-дермальных розовых округлых или овальных папул и бляшек, для красного плоского лишая в виде полигональных розовато-сиреневых папул с пупковидным вдавлением в центре и исчерченной поверхностью (при смазывании маслом определяется в виде симптома «сетки Уикхема»), Эритематозно-сквамозные воспалительные пятна с валикообразно приподнятым краем (выбор 3) характерны для дерматофитий - руброфитии, микроспории, трихофитий. В чешуйках с поверхности элементов обнаруживают нити и споры патогенных грибов. Геморрагическая петехиальная сыпь (выбор 4) является симптомом поверхностных васкулитов.

2. Укажите неверный клинический вариант экземы:

1. Истинная
2. Микробная
3. Аллергическая
4. Себорейная
5. Контактная (профессиональная)

Правильный выбор: аллергическая (выбор 3). Аллергия является ведущим патогенетическим механизмом экземы и характеризуется иммунным воспалением в коже на фоне снижения клеточного и гуморального иммунитета, угнетения неспецифической резистентности, а также иммуногенетических особенностей организма. Истинная (идиопатическая, дисгидротическая) (выбор 1) экзема формируется на фоне поливалентной сенсibilизации, локализуется преимущественно на коже

лица и конечностей в виде полиморфных высыпаний с преобладанием микровезикул, «серозных колодцев» и мокнутий, сопровождающихся сильным зудом. Микробная экзема (выбор 2) развивается на фоне очагов микробной инфекции - бактериальной, микотической, а также вокруг ран, язв, свищей вследствие сенсibilизации к микроорганизмам и продуктам их жизнедеятельности, биоактивным веществам, образующимся вследствие повреждения мягких тканей. Себорейная экзема (выбор 4) развивается в себорейных зонах кожного покрова вследствие сенсibilизации к измененному кожному салу. Контактная профессиональная экзема (выбор 5) развивается вследствие сенсibilизации к профессиональным аллергенам, локализуется в местах контакта с раздражителем.

3. Для истинной экземы характерно

1. Быстро вскрывающиеся пузыри на слизистой оболочке рта
2. Наличие микровезикул, «серозных колодцев», мокнутия
3. Лихенизация в области локтевых и коленных сгибов
4. Парно расположенные узелки и везикулы

Правильный выбор: микровезикулы, «серозные колодцы», мокнутия (выбор 2) на фоне эритемы и воспалительного отёка, которые сопровождаются выраженным зудом, характерны для истинной экземы. Быстро вскрывающиеся пузыри на слизистой оболочке рта (выбор 1) характерны для вульгарной пузырчатки и, как правило, являются начальными симптомами заболевания. При цитологическом исследовании элементов обнаруживаются акантолитические клетки. Лихенизация кожи в области локтевых и коленных сгибов (выбор 3) характерна для атопического дерматита и неатопического нейродермита как реакция на постоянное механическое раздражение кожи вследствие зуда. Парное расположение узелков и везикул (выбор 4) наблюдается при чесотке как результат продвижения чесоточного клеща в роговом слое. Лабораторно в соскобе пузырьков или папул из очагов поражения обнаруживают чесоточного клеща.

4. Для микробной экземы характерно

1. Полушаровидные узелки телесного цвета с пупковидным вдавлением в центре на коже лица
2. Эрозивная папула плотной консистенции округло-овальных очертаний медно-красного цвета на коже полового члена
3. Сгруппированные микровезикулы на эритематозном отёчном фоне на коже губ
4. Микровезикулы, мокнутие и гиперемия вокруг пиодермических элементов

Правильный ответ: вокруг очагов пиодермии, а также дерматофитии, ран, язв, свищей возможно образование очагов микробной экземы с характерной морфологией сыпи вследствие сенсibilизации кожи к микроорганизмам, продуктам их жизнедеятельности, а также к биоактивным субстанциям, высвобождающимся в результате повреждения и распада мягких тканей (выбор 4). Полушаровидные узелки телесного цвета с пупковидным вдавлением в центре на коже лица (выбор 1) характерны для контактного моллюска. При сдавливании узелка через отверстие в центре элемента выделяется крошковидная масса. Эрозивная папула плотной консистенции (выбор 2) округло-овальных очертаний медно-красного цвета на коже полового члена может быть симптомом сифилиса и требует лабораторного обследования на бледную трепонему в отделяемом эрозии, серологического обследования на сифилис, анализа эпидемиологических данных. Сгруппированные микровезикулы на эритематозном отёчном фоне на коже губ (выбор 3) являются симптомом простого пузырькового лишая, вызванного, как правило, вирусом простого герпеса I типа. Субъективно отмечается зуд, болезненность и покалывание в очаге.

5. Для контактной (профессиональной) экземы не характерно:

1. Полиморфизм высыпаний
2. Поражение кожи выходит за пределы контакта с аллергеном
3. После прекращения контакта с раздражителем заболевание регрессирует самопроизвольно
4. Эритема и папуло-везикулёзные элементы не исчезают при устранении контакта с аллергеном

Правильный ответ: самопроизвольный регресс заболевания после устранения воздействия раздражителя (выбор 3). При контактной (профессиональной) экземе определяются характерный для экзematозного экссудативного воспаления полиморфизм высыпаний (выбор 1). Появление высыпаний на участках кожи, удалённых от первичного очага поражения (выбор 2), является одним из признаков контактной экземы. Простое устранение воздействия аллергена не приводит к самопроизвольному регрессу клиники контактной экземы (выбор 4) - заболевание требует проведения систематического лечения и профилактических мероприятий.

6. К вариантам клинического течения экземы не относят:

1. Острый
2. Подострый
3. Хронический
4. Скрытый

Правильный ответ: скрытый вариант течения (выбор 4) наблюдается при сифилисе и характеризуется отсутствием клинических признаков заболевания на фоне положительных серологических реакций. Острая экзема (выбор 1) характеризуется эритемой, отёком, везикуляцией, мокнутием, наличием корочек. Для подострой (выбор 2) характерны эритема, лихенификация, наличие чешуек и эксфолиаций. При хронической экземе (выбор 3) характерны эритема, инфильтрация, лихенификация, трещины, чешуйки, поствоспалительная гипо-и гиперпигментация.

7. Выберите препарат для лечения больного с распространённой острой истинной экземой:

1. Диаминодифенилсульфон
2. Тиосульфат натрия
3. Ацетритин
4. Ацикловир

Правильный ответ: тиосульфат натрия (выбор 2) используется как гипосенсибилизирующий препарат в виде 30% раствора внутривенно или в виде микстуры внутрь. Диаминодифенилсульфон (выбор 1) применяют для лечения герпетического дерматоза Дюринга, лепры. Ароматический ретиноид ацетритин (выбор 3) применяют для лечения тяжёлых форм акне, ихтиозиформных эритродермий и других состояний, сопровождающихся нарушением кератинизации. Ацикловир (выбор 4) применяют при заболеваниях, вызванных вирусами простого и опоясывающего герпеса.

8. Выберите наружную лекарственную форму для лечения острой экземы:

1. Холодная примочка
2. Мазевая повязка
3. Паста
4. Коллодий

Правильный ответ: холодная примочка (выбор 1) с дезинфицирующими растворами низкой концентрации оказывает противовоспалительное, сосудосуживающее, охлаждающее, подсушивающее, противозудное, дезинфицирующее действие. Мазевая повязка (выбор 2) предназначена для наружного лечения хронических инфильтративных поражений кожи, так как способствует значительному снижению интенсивности перспирации, разрыхлению рогового слоя эпидермиса, глубокому проникновению компонентов мази в кожу, усилению микроциркуляции в верхних слоях дермы. Основу пасты (выбор 3) составляют жир и индифферентный порошок, вследствие чего эта наружная форма оказывает подсушивающее, противовоспалительное действие на кожу, не пересушивая её, и применяется

при подострых воспалительных процессах. Коллодий (выбор 4) обеспечивает глубокое проникновение лекарственного средства в кожу за счёт образования на её поверхности плотно прилегающей плёнки, которая прекращает перспирацию; не применим в условиях острого воспаления.

9. Выберите средство для наружного лечения хронической экземы:

1. Крем «Клотримазол»

2. Взбалтываемая взвесь с ментолом 3. 5-10% ихтиол-нафталановый линимент

4. 1% бутадиеновая мазь

Правильный ответ: 5-10% ихтиол-нафталановый линимент (выбор 3) обладает рассасывающим и противовоспалительным действием, которое является рациональным в случае хронической экземы, сопровождающейся лихенификацией, инфильтрацией кожи в очагах поражения. «Клотримазол» (выбор 1) - крем, обладающий противомикотическим и противобактериальным действием, применяется для лечения дерматофитий. Взбалтываемая взвесь с ментолом (выбор 2) оказывает подсушивающее и охлаждающее, противовоспалительное действие и применяется в подострой стадии экземы. 1% бутадиеновая мазь (выбор 4) оказывает противовоспалительное действие, но не обладает рассасывающим эффектом.

10. Для лечения микробной экземы в подострой стадии назначают:

1. Мазь «Целестодерм с гарамицином»

2. Тетрациклиновую мазь

3. Примочки с фурацилином

Правильный ответ: мазь «Целестодерм с гарамицином» (выбор 1) является комбинированной стероидной мазью сильного действия, содержащей антибиотик широкого спектра действия гентамицин. При подостром микробно-аллергическом воспалении оказывает выраженное противовоспалительное и противомикробное действие. Тетрациклиновая мазь (выбор 2) не оказывает местного противоаллергического действия и в подострой стадии микробной экземы может вызвать усиление экссудации в очаге поражения. Примочка (выбор 3) применяется для наружного лечения в острую стадию дерматоза. Применение фурацилина является крайне нежелательным из-за его высокой сенсibiliзирующей активности.

11. Укажите признак, характерный для истинной экземы:

1. Нечеткие границы очагов поражения, поливалентная сенсibiliзация

2. Начинается с пиодермического процесса

3. Заболевание возникает в результате профессиональной деятельности

4. Поражаются ушные раковины, волосистая часть головы

Правильный ответ: нечеткие границы, поливалентная сенсibilизация (выбор 1). Для микробной экземы характерно асимметричное расположение очагов, четкие границы, развитие вокруг пиодермических элементов (выбор 2). В результате профессиональной деятельности возникает профессиональное заболевание — профессиональная экзема, которая клинически похожа на истинную экзему (выбор 3). Поражение участков тела с повышенным числом сальными железами характерно для себорейной экземы (выбор 4), при которой мокнутие чаще не наблюда

12. Выберите правильное определение экземы:

1. Воспаление кожи, вызванное облигатными первичными раздражителями различного характера
2. Хроническое рецидивирующее заболевание кожи полиэтиологической природы с явлениями спонгиоза
3. Токсико-аллергическое островоспалительное поражение кожи и слизистых, возникающее после приёма внутрь, введения парентерально или при ингаляции лекарственных средств
4. Хроническое заболевание кожи и слизистых обусловленное акантолизом.
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: хроническое полиэтиологическое заболевание кожи с развитие межклеточного отека шиповатого слоя эпидермиса. В патогенезе экземы особую роль играют наличие поливалентной сенсibilизации различного генеза, состояние нервной и эндокринной систем (выбор 2). Воспаление кожи, вызванное облигатными первичными раздражителями (выбор 1) по этиологии разделяют на химические (концентрированные щелочи, кислоты, соли), физические (различного вида излучение, атмосферное давление), биологические (пыльца, сок растений). Облигатные раздражители вызывают воспалительную реакцию ограниченного характера у всех людей. Токсико-аллергическое островоспалительное поражение кожи и слизистых, возникающее после приёма внутрь, введения парентерально или при ингаляции лекарственных средств (выбор 3) - признаки токсикодермии. Хроническое заболевание кожи и слизистых, обусловленное акантолизом, клинически проявляется образованием пузырей, что характерно для пузырьчатки (выбор 4).

13. Укажите дермографизм, характерный для экземы:

1. Белый
2. Красный
3. Уртикарный

Правильный ответ: красный (выбор 2). Определение дермографизма - метод обследования, который позволяет оценить состояние вегетативной нервной системы. Для определения дермографизма ребром шпателя проводят по коже в области декольте и через 10 - 20 с, повторяя движение шпателя появляется реакция. Белый дермографизм (белая полоса) - характерен для почесухи, атопического дерматита (выбор 1). Держится белый дермографизм 2 - 8 мин, красный дермографизм - до 1 часа или более. Уртикарный дермографизм характерен для крапивницы (выбор 3).

14. При экземе губ (экзематозный хейлит) выявляются:

1. Мелкие сухие корочки на красной кайме нижней губы
2. Расширенные устья слюнных желез с капельками слюны
3. Полиморфная сыпь на губах и прилегающей коже

Правильный ответ: полиморфная сыпь на губах и прилегающей коже (выбор 3). При экзематозном хейлите процесс начинается с отека и покраснения обеих губ. Затем на гиперемированной и отечной губе возникают мелкие узелки, пузырьки, мокнутие, после чего образуются корки. Воспалительный процесс развивается очень быстро, иногда за несколько часов. Характерно одновременное поражение окружающей губы кожи (специфический признак для экзематозного хейлита). Мелкие сухие корочки на красной кайме нижней губы характерны для сухой формы актинического хейлита (выбор 1). Простой glandулярный хейлит характеризуется расширением устья слюнных желез в виде красных точек, из которых выделяются капельки слюны (выбор 3).

Псориаз, красный плоский лишай, розовый лишай

1. Для вульгарного псориаза характерны:

1. Розовые эпидермо-дермальные папулы
2. Розово-сиреневые полигональные папулы
3. Папулы цвета кожи

4. Пустулы с вялой покрывкой и серозно-гнойным содержимым на эритематозном фоне

Правильный ответ: эпидермо-дермальные папулы (выбор 1) розового цвета округлых или овальных очертаний при вульгарном псориазе образуются за счёт утолщения мальпигиева слоя эпидермиса и клеточной инфильтрации сосочкового слоя дермы. Розово-сиреневые полигональные папулы (выбор 2) характерны для красного плоского лишая, гистологически отличаются развитием гранулёза - утолщения зернистого слоя эпидермиса. Папулы цвета кожи (выбор 3) формируются при нейродермите. Пустулы с

вялой покрышкой и серозно-гнойным содержимым на эритематозном фоне (выбор 4) характерны для стрептококкового импетиго.

2. Выделите правильное утверждение: поверхность псориатических папул:

1. Лихенизированной

2. Имеет восковидный блеск, пупковидное вдавление в центре, сетчатую исчерченность

3. Покрыта серебристо-белыми чешуйками

4. Гладкая, покрыта нежными концентрически расположенными чешуйками

Правильный выбор: чешуйки, покрывающие поверхность псориатической папулы, крупные, имеют диаметр до 1-2 мм, серебристо-белого цвета (выбор 3), представляют собой незрелые корнеоциты. Лихенизированные папулезные очаги вследствие частого расчёсывания (выбор 1) определяются при нейродермите и атопическом дерматите. При красном плоском лишае папулы имеют восковидный блеск, пупковидное вдавление в центре, сетчатую исчерченность (выбор 2), которая выявляется при смазывании поверхности папул растительным маслом (сетка Уикхема). При наличии папул медно-красного цвета с гладкой поверхностью, плотноватой консистенции и характерным концентрическим шелушением («воротничок Биетга») (выбор 4) следует провести обследование больного на сифилис.

3. Укажите заболевания, с которыми дифференцируют псориаз волосистой части головы:

1. Себорейная экзема

2. Асбестовидный лишай

3. Папулезные сифилиды

4. Все варианты

Правильный ответ: все варианты (выбор 4) дифференцируют с псориазом по признаку шелушения или инфильтрации в области волосистой части головы. Для дифференциальной диагностики информативным является общий осмотр кожного покрова, определение диагностических феноменов псориаза, серологические реакции на сифилис. Для себорейной экземы (вариант 1) характерно отсутствие эпидермо-дермальных папул (отрицательный симптом Пospelова), повышенная жирность или сухость волос, наличие жирных корочек жёлтого цвета, возможно мокнутие, а также зуд. При асбестовидном лишае (тяжёлая форма себореи) (выбор 2) отсутствуют эпидермо-дермальные папулы, выявляются массивные асбестоподобные корки. При вторичном сифилисе кожи и слизистых (выбор

3) папулы на волосистой части головы имеют округлые очертания, медно-красный цвет, плотные наощупь, часто с отсутствием волос на поверхности.

4. Псориаз не бывает:

1. Экссудативным
2. Инфильтративно-нагноительным
3. Эритродермическим
4. Артропатическим
5. Каплевидным

Правильный ответ: инфильтративно-нагноительная форма (выбор 2) не встречается при псориазе. Экссудативный псориаз (выбор 1) нередко развивается у больных с ожирением, сахарным диабетом или гипофункцией щитовидной железы. Эритродермический псориаз (выбор 3) может развиваться на фоне уже существующего псориаза под действием различных раздражающих факторов (нерациональная местная терапия и физиолечение и др.), а также как тяжёлое первичное проявление дерматоза. Выделяют 2 типа псориазической эритродермии: генерализованный тип и гиперэргический или аллерготоксический тип. Артропатический псориаз (выбор 4) - это инвалидизирующая форма псориаза, при которой поражаются позвоночник, суставы, ногтевые пластины. Каплевидный псориаз (выбор 5) возникает у лиц молодого возраста после перенесенной стрептококковой ангины.

5. Укажите методы лечения псориаза:

1. Общее лечение
2. Наружная терапия
3. Физиотерапевтические средства и медицинская реабилитация
4. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 4). Общее лечение (выбор 1) включает гипосенсибилизирующую терапию, седативные средства, лечебные дозы витаминов, биостимуляторы, гепатопротекторы, фитотерапию, лечебное питание. В тяжёлых случаях - ретиноиды, цитостатики, аферентные методы. Назначение наружного средства (выбор 2) для лечения псориаза зависит от стадии заболевания, распространённости поражения кожи, особенностей локализации сыпи, клинической формы болезни и др. Применяют кератопластические и кератолитические концентрации салициловой мази, кремы, разрешающие средства (нафталан, ихтиол, дёготь, и др.), комбинированные стероидные средства в острой стадии, а также препараты дитранола и капъципотриола. Указанные средства применяют в виде мазей, кремов, лосьонов, шампуней, карандашей. Вариант 3. Показаны физиотерапевтические методы лечения (выбор 3) - УФО, ПУВА-терапия, Ре-ПУВА, селективная ПУВА-терапия, лазеро -, магнию-, КВЧ,

пунктурная терапия, курортотерапия, психотерапевтическая коррекция и другие.

6. Исключите диагностический симптом, не встречающийся при псориазе:

1. Характерные псориазные папулы
2. Псориазная триада
3. Феномен Кебнера
4. Симптом облатки
5. Встречаются все вышеперечисленные симптомы

Правильный ответ: симптом облатки (выбор 4) определяется при каплевидном парапсориазе и состоит в одномоментном отслаивании чешуйки, покрывающей воспалительное пятно, при граттаже. Для псориаза характерна эпидермодермальная папула (выбор 1) округлых или овальных очертаний, с резкими границами, покрытая серебристо-белыми крупными чешуйками. Псориазная триада (выбор 2) обусловлена патоморфологическими процессами в эпидермисе и дерме, выявляется путём граттажа, и состоит из последовательно определяемых симптомов «стеаринового пятна», «терминальной плёнки» и «кровавой росы». Феномен Кебнера (выбор 3) заключается в появлении через 10-14 дней новых папул в местах травматизации кожи. Выбор S неверен, так как включает симптом «облатки», не выявляемый при псориазе.

7. Укажите наиболее эффективный препарат для лечения больного с ладонно-подошвенным пустулёзным псориазом:

1. Тиосульфат натрия
2. Аевит
3. Тавегил
4. Ацетритин (Неотигазон)

Правильный ответ: ацетритин (Неотигазон) (выбор 4) - ароматический ретиноид, подавляющий гиперпролиферацию эпидермиса и обладающий иммуносупрессивным эффектом. Перед назначением препарата необходимо тщательное клинико-лабораторное обследование больных, связанное с его побочным действием на функцию печени, репродуктивную и психическую сферу и др. Тиосульфат натрия (выбор 1), аевит (выбор 2) и тавегил (выбор 3) могут быть вспомогательными средствами для лечения этой группы больных.

8. Укажите стадии течения псориаза.

1. Прогрессирующая
2. Стационарная

3. Регрессирующая
4. Ремиссии
5. Всё перечисленное

Правильный ответ: всё перечисленное (выбор 5). В течении псориаза различают стадии: прогрессирующую (выбор 1), стационарную (выбор 2), регрессирующую (выбор 3), ремиссии (выбор 4), которые последовательно сменяют друг друга. Частота обострений, распространённость кожных высыпаний и продолжительность фаз течения дерматоза являются одними из критериев оценки тяжести псориаза.

9. Укажите признаки, не характерные для прогрессирующей стадии псориаза.

1. Появление новых папул
2. Формирование бляшек
3. Рассасывание папул
4. Обильное шелушение

Правильный ответ: уменьшение инфильтрации папул с постепенным их рассасыванием (выбор 3) чаще из центральных зон наблюдается в регрессирующую стадию псориаза. Появление новых папул (выбор 1) - признак прогрессирующей стадии; отмечается их периферический рост, нечеткость внешнего контура папул, более выраженная яркость периферической зоны, центральное расположение серебристо-белых чешуек. Формирование бляшек (выбор 2) происходит в результате роста и слияния папул в прогрессирующую стадию заболевания, при этом выявляется выраженное крупнопластинчатое шелушение элементов (выбор 4).

10. Одним из противопоказаний для назначения ПУВА-терапии является:

1. Непрерывно рецидивирующее течение псориаза
2. Наличие крупнобляшечного торпидного псориаза
3. Планируемая у пациентки в ближайшие 6 месяцев беременность
4. Всё перечисленное

Правильный ответ: планируемая у пациентки в ближайшие 6 месяцев беременность (выбор 3). ПУВА - терапия оказывает мутагенное действие на половые клетки, поэтому беременность и молодой возраст являются противопоказанием для данного метода. Непрерывно рецидивирующее течение (выбор 1) и наличие крупнобляшечного торпидного псориаза (выбор 2) являются показаниями к назначению ПУВА-терапии для других категорий лиц после терапевтического обследования (состояние печени, ЖКТ, почек, общий анализ крови и др.). Вариант 4 также неверен, т.к. включает правильный ответ.

11. Укажите клинический признак, характерный для прогрессирующей стадии псориаза:

1. Сетка Уикхема
2. Феномен «яблочного желе»
3. Феномен точечного кровотечения
4. Симптом Горчакова
5. Все перечисленное не верно

Правильный ответ: феномен точечного кровотечения (выбор 3) входит в псориагическую триаду, возникает вследствие травматизации сосочков дермы при поскабливании поверхности папулы. Сетка Уикхема (выбор 1) является признаком красного плоского лишая и развивается в результате гранулёза - утолщения зернистого слоя. Симптом Горчакова (выбор 4) характеризуется наличием кровавистых корочек на локтях у больных чесоткой. Феномен «яблочного желе» (выбор 2) выявляется при туберкулезной волчанке.

12. В прогрессирующей стадии псориаза выявляется:

1. Воротничок Воронова
2. Уменьшение шелушения
3. Изоморфная реакция Кёбнера
4. Уменьшение инфильтрации элементов
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: изоморфная реакция Кёбнера (выбор 3), которая характеризуется ответом кожи на различные внешние раздражители появлением свежих папулезных элементов. Воротничок Воронова (выбор 1), уменьшение шелушения (выбор 2) и инфильтрации элементов (выбор 4) характерны для стационарной стадии псориаза и обусловлены снижением явлений гиперкератоза, паракератоза, акантоза, воспалительной инфильтрации.

13. Для лечения псориаза применяют:

1. Лечебные дозы витамина А
2. ПУВ А - терапию
3. Плазмаферез
4. Иммунотерапия
5. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 5). Псориаз - хронический дерматоз многофакторной природы с ведущим значением в развитии генетических факторов, характеризующийся гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением их кератинизации, воспалительной реакцией в дерме, изменениями костно-суставной системы, ногтевых

пластин, иногда других органов. Лечение псориаза комплексное, проводится с учетом формы, стадии, степени распространенности высыпаний и их характера, общего состояния организма и факторов, способствующих развитию или обострению болезни. Лечебные дозы витамина А (выбор 1) от 100 000 МБ в сутки - применяются в комплексной терапии с целью нормализации процессов кератинизации эпидермиса, обменных процессов в организме. ПУВА - терапия (выбор 2) заключается в сочетании комбинированного применения фурукумариновых препаратов из группы псораленов и длинноволнового УФ облучения. Применяют в соответствии с показаниями. Плазмаферез (выбор 3) используют при тяжело протекающем псориазе (артропатическая, эритродермическая формы), при отсутствии эффекта от традиционных методов лечения. Псориаз относится к Т-клеточным иммунодефицитным состояниям, в связи с чем в комплексном лечении применяют иммунотерапию (вариант 4) - тималин, циклоферон, метилурацил и др.

14. Укажите вариант типичной локализации псориазической сыпи:

1. Лицо, шея, сгибы локтей и коленей, тыл кистей
2. Лучезапястные сгибы, голени, слизистая рта, наружные гениталии
3. Открытые части лица, шеи, груди, конечностей
4. Локти, колени, волосистая часть головы
5. Щёки и спинка носа

Правильный ответ: типичная локализация - локти, колени, волосистая часть головы (выбор 4). Лицо, шея, сгибы локтей и коленей, тыл кистей (выбор 1) обычно поражаются при атопическом дерматите. Лучезапястные сгибы, голени, слизистая рта, наружные гениталии (выбор 2) являются зонами локализации красного плоского лишая. Открытые части лица, шеи, груди, конечностей (выбор 3) легко доступны воздействию экзогенных раздражителей, вызывающих дерматиты. Поражение щёк и спинки носа (выбор 5) в виде бабочки характерно для красной волчанки.

15. Исключите неправильное утверждение. Псориаз бывает:

1. Обыкновенный (вульгарный)
2. Эритродермический
3. Артропатический
4. Пустулезный
5. Дискоидный

Правильный ответ: дискоидный (выбор 5). Этот термин характеризует одну из клинических разновидностей хронической красной волчанки. Обыкновенный, артропатический, пустулезный, эритродермический (выбор 1-4) варианты обозначают клинические разновидности псориаза.

16. Укажите дерматологический приём, с помощью которого определяется псориазная триада.

1. Пальпация
2. Витропрессия
3. Надавливание пуговчатым зондом
4. Граттаж
5. Микроскопия

Правильный ответ: граттаж (выбор 4). Витропрессия (выбор 2), или надавливание стеклом, используется для выявления воспалительного характера элемента сыпи, а также для определения феномена «яблочного желе» при саркоидозе, туберкулёзе кожи. Пальпация (выбор 1) применяется для определения консистенции, глубины залегания, болезненности элемента сыпи. Надавливание пуговчатым зондом (выбор 3) проводится для диагностики туберкулёзной волчанки — зонд проваливается вследствие разрушения волокон дермы вследствие специфического воспалительного процесса. Субъективно определяется болезненность. Микроскопия (выбор 5) - способ диагностики дерматозов, который предусматривает изучение патологического материала из очага поражения с помощью оптической системы микроскопа.

17. Укажите морфологический признак феномена стеаринового пятна.

1. Фолликулярный гиперкератоз
2. Гиперпролиферация эпидермиса
3. Акантолиз
4. Спонгиоз
5. Анемия

Правильный ответ: гиперпролиферация эпидермиса (выбор 2), в результате которой резко увеличивается скорость обновления эпидермиса - в 7-12 и более раз. Это приводит к слущиванию большого количества «незрелых» кератиноцитов. Клинически на поверхности папулы визуально определяется серебристо-белое крупнопластинчатое шелушение, которое усиливается при граттаже. Фолликулярный гиперкератоз (выбор 1) обуславливает феномены Бенъе-Мещерского и «дамского каблучка» при хронической красной волчанке за счёт ороговения эпителия сально-волосяного фолликула. Акантолиз (выбор 3) является патоморфологическим признаком, который возникает в результате потери связей между клетками шиповатого слоя эпидермиса и наблюдается (пузырчатка, синдром Лайелла). Спонгиоз (выбор 4) - межклеточный отёк в шиповатом слое, часто наблюдающийся при воспалительных дерматозах с преобладанием

экссудативного компонента. Анемия (выбор 5) - синдром количественных и качественных изменений красной крови.

18. Укажите первичный элемент сыпи при псориазе.

1. Волдырь
2. Эпидермо-дермальная папула
3. Бугорок
4. Везикула
5. Лихенизация

Правильный ответ: эпидермо-дермальная папула (выбор 2) розового цвета округлых или овальных очертаний с плоской поверхностью и крупнопластинчатым шелушением - основной клинический признак псориаза. Волдырь (выбор 1) -бесполостной экссудативный первичный элемент, возникает вследствие отёка сосочкового слоя дермы, имеет цвет от белого до красного, сильно зудит, эфемерен. Характерен для крапивницы, герпетиформного дерматоза Дюринга и др. Бугорок (выбор 3) - инфильтративный бесполостной дермальный первичный элемент красного цвета размером до вишнёвой косточки, характерен для туберкулёза, саркоидоза кожи, третичного сифилиса, лимфомы и др. Везикула (выбор 4) - экссудативный воспалительный первичный элемент с серозным или серозно-геморрагическим содержимым. Наблюдается при аллергическом дерматите, экземе, герпетиформном дерматозе Дюринга, токсикодермии и др. Лихенизация (выбор 5) - вторичный морфологический элемент, характерный для хронических дерматозов, протекающих с зудом (нейродермит, атопический дерматит, некоторые формы псориаза и др.). Представляет собой утолщение, уплотнение кожи в зонах поражения с усиленным кожным рисунком.

19. Укажите верное утверждение. При псориазе наблюдается:

1. Рубцовая алопеция
2. Гнездная алопеция
3. Псориатические папулы на волосистой части головы
4. Волосистая часть головы не поражается

Правильный ответ: псориатические папулы на волосистой части головы (выбор 3). Локализация псориатических элементов на волосистой части головы является характерной для псориаза. Долгое время процесс может локализоваться только на голове, не переходя на другие участки тела. Развитие рубцовой алопеции для псориаза не характерно (выбор 1), гнездная алопеция развивается как самостоятельное заболевание (выбор 2).

20. Укажите верное утверждение. Псориаз:

1. У детей часто провоцируется стрептококковой инфекцией
2. Может впервые появиться после родов
3. Может провоцироваться вакцинацией
4. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 4). Тонзиллит и средний отит стрептококковой этиологии может провоцировать развитие псориаза у детей (выбор 1), описаны случаи возникновения псориаза после вакцинации (выбор 3) и после родов у женщин (выбор 2). В последнем случае при последующей беременности чаще наступает клиническое улучшение заболевания, нежели обострение.

21. Феномен Кёбнера не наблюдается при:

1. Псориазе
2. Красном плоском лишае
3. Плоских бородавках
4. Чесотке

Правильный ответ: феномен Кёбнера не наблюдается при чесотке (выбор 4). Для псориаза, красного плоского лишая, плоских бородавок (выборы 1,2,3) этот феномен характерен: возникновение новых элементов сыпи на местах травматизации, расчесывания кожи.

22. Укажите верное утверждение:

1. Псориатические бляшки не содержат клоны злокачественных кератиноцитов
2. В псориатических бляшках отсутствует зернистый слой
3. Псориатические бляшки могут регрессировать без лечения
4. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 4). В псориатических бляшках выявляется гиперпролиферация кератиноцитов без признаков злокачественного перерождения (выбор 1). Для псориатических элементов характерен агранулёз (выбор 2). Псориатические бляшки могут регрессировать спонтанно (выбор 3), однако в большинстве случаев требуются лечебные мероприятия.

23. Укажите верное утверждение:

1. При экссудативном псориазе от больного может исходить сладковатый запах
2. От больного псориазом может исходить «амбарный запах»
3. От больного псориазом может исходить запах прогорклого масла
4. От больного псориазом может исходить гнилостный запах

Правильный ответ: при экссудативном псориазе от больного может исходить сладковатый запах (выбор 1). «Амбарный запах» характерен для фавуса (выбор 2), запах прогорклого масла исходит от больного жирной себорей при недостаточном косметическом уходе (выбор 3), запах гниения может исходить от больного пузырчаткой, хронической язвенной пиодермией, трофическими язвами (выбор 4).

24. Основная теория возникновения розового лишая Жиберга?

1. Инфекционная
2. Вирусная
3. Аллергическая
4. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 4). Патогенез розового лишая до сих пор не выяснен. В пользу инфекционной теории розового лишая (выбор 1) говорит цикличность его течения - возникновение осенью или зимой, спонтанное самоизлечение, отсутствие рецидивов (возникает иммунитет). Возбудитель, однако, до сих пор не обнаружен, и экспериментальные попытки заражения животных не удалась. Вирусная теория (выбор 2) подтверждается связью с перенесенными накануне ОРВИ. Имеет место и аллергическая теория (выбор 3). Сторонники этой теории указывают на возможность аллергического процесса по типу реакции немедленно-замедленного типа, вызванную каким-либо инфекционным агентом, раздражением кожи либо приемом лекарственных препаратов.

25. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз розового лишая?

1. Псориаз
2. Микоз гладкой кожи
3. Сифилитическая розеола
4. Все перечисленное верно.

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 4). При псориазе (выбор 1) возникают эпидермально-дермальные папулы или бляшки, при этом невозможно выделить «материнскую» бляшку. Характерным для псориаза является симптом псориатической триады. Очаг микоза гладкой кожи (выбор 2) характеризуется четкими очертаниями, с периферическим валиком, микроскопически определяются нити и споры грибов. Клинические проявления сифилитической розеолы (выбор 3) сходны с проявлениями розового лишая, но серологические реакции на сифилис будут положительными.

26. При розовом лишае не назначают?

1. Преднизолон внутрь
2. Мытье горячей водой и мочалкой
3. Физиотерапевтические процедуры
4. Солнечные ванны.
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5). Преднизолон внутрь (выбор 1) не назначается, так как заболевание чаще всего не требует лечения. Высыпания, пройдя цикл развития, исчезают через 4-8 недель бесследно. Иногда при выраженных субъективных ощущениях (зуде) возможно назначение антигистаминных препаратов. Необходимо исключить чрезмерное раздражение кожи: мытье горячей водой и мочалкой (выбор 2), физиотерапевтические процедуры (выбор 3), солнечные ванны (выбор 4), поскольку это может привести к распространению высыпаний на другие участки кожи и развитию эритродермии.

Пузырные дерматозы

1. Начало заболевания на слизистой полости рта характерно для следующего дерматоза:

1. Стафилококковый сикоз
2. Хроническая красная волчанка
3. Вульгарная пузырчатка
4. Отрубевидный (разноцветный) лишай
5. Герпетиформный дерматоз Дюринга

Правильный ответ: вульгарная пузырчатка (выбор 3) в большинстве случаев начинается с пузырей и эрозий на слизистой оболочке полости рта, которые беспокоят пациентов в течение нескольких месяцев и могут быть единственным клиническим признаком. Стафилококковый сикоз (выбор 1) гнойничковый процесс, который характеризуется поражением фолликулов на коже лица. Для хронической красной волчанки (выбор 2) характерно преимущественное поражение открытых фоточувствительных участков кожного покрова (лицо, область груди, кисти). Отрубевидный лишай (выбор 4) относится к кератомикозам. Возбудитель заболевания размножается только в роговом слое эпидермиса. Начало герпетиформного дерматоза Дюринга (выбор 5) с поражения слизистой рта не характерно.

2. Укажите типичный симптом вульгарной пузырчатки.

1. Симптом Никольского
2. Симптом Асбо-Ганзена
3. Симптом Шеклакова
4. Клетки Тцанка в мазках-отпечатках

5. Все перечисленное верно.

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 5), так как в результате акантолиза происходит отслойка верхних слоев эпидермиса и за пределами пузыря, что выявляется при потягивании пинцетом за крышечку (обрывок крышечки) пузыря - симптом Никольского (выбор 1); при диаскопии пузыря выявляется увеличение его диаметра за счёт отслойки эпидермиса под давлением пузырной жидкости - симптом АсбоГанзена (выбор 2); при осмотре больного в вертикальном положении пузыри приобретают грушевидную форму вследствие смещения пузырной жидкости книзу из-за податливости тонкой крышечки пузыря - симптом Шеклакова (выбор 3). Клетки Тцанка (выбор 4) - дегенеративные клетки шиповатого слоя эпидермиса (акантолитические клетки), которые выявляются в мазках отпечатках эрозий.

3. Выберите основной патоморфологический процесс, характерный для вульгарной пузырчатки.

1. Спонгиоз
2. Акантолиз
3. Гиперкератоз
4. Гранулематоз

Правильный ответ: акантолиз (выбор 2). Акантолиз - потеря связей между кератиноцитами шиповатого слоя за счёт повреждения десмосомотонофиламентных контактов. Клинически акантолиз проявляется образованием пузырей и положительным симптомом Никольского I, II, III. Акантолиз выявляется также при синдроме Лайелла, эпидемической пузырчатке новорожденных. Гиперкератоз (выбор 4) характерен для кератодермий, псориаза, врожденного ихтиоза, спонгиоз (выбор 1) - для экземы, гранулематоз (выбор 4) - для третичного активного сифилиса, лепры, туберкулезной волчанки.

4. Для вульгарной пузырчатки характерно:

1. Изумрудно-зеленое свечение пораженных волос
2. Обнаружение нитей и спор грибов в чешуйках из очагов поражения
3. Положительный симптом зонда
4. Выявление акантолитических клеток при цитологическом исследовании эрозий
5. Симптом Горчакова

Правильный ответ: выявление акантолитических клеток при цитологическом исследовании (выбор 4). Акантолитические клетки обнаруживаются при цитологическом исследовании мазков - отпечатков дна свежих пузырей. Они имеют меньший размер, чем у неизмененных

эпидермоцитов, значительно большие ядра, которые интенсивно воспринимают окраску, резко базофильную цитоплазму, которая окрашивается неравномерно: вокруг ядра - светло - голубая зона, по периферии - зона концентрации. В увеличенном ядре обнаруживают 2-3 крупных ядрышка. Изумрудно-зеленое свечение (выбор 1) пораженных волос выявляется при люминесцентном исследовании лампой Вуда у больных микроспорией. Обнаружение нитей и спор грибов (выбор 2) в чешуйках кожи характерно для больных микозами. Симптом зонда (выбор 3) выявляется при туберкулезной волчанке и состоит в проваливании головки пуговчатого зонда при надавливании на люпому, которое сопровождается болезненностью. Морфологическим субстратом симптома является разрушение структур дермы вследствие специфического воспалительного процесса. Симптом Горчакова (выбор 5) - наличие кровянистых корочек на локтях у больных чесоткой.

5. Наиболее важным лабораторным исследованием для диагностики вульгарной пузырчатки является:

1. Исследование крови на электролиты
2. Анализ крови на глюкозу
3. Исследование содержимого пузыря на эозинофилы
4. Исследование мазков-отпечатков на акантолитические клетки
5. Посев содержимого пузыря на флору

Правильный ответ: выявление акантолитических клеток при цитологическом исследовании (выбор 4) мазков - отпечатков со дна свежих пузырей. Эозинофилия в пузырьной жидкости (выбор 3) обнаруживается при дерматозе Дюринга. Посев содержимого пузыря на флору (выбор 5) при пузырчатке актуален для подбора антибиотика при присоединении вторичной инфекции. Исследование крови на электролиты (выбор 1) даёт информацию об их дисбалансе и необходимости коррекции, а анализ крови на глюкозу (выбор 2) является контрольным тестом во время лечения системными стероидами для установления нарушений углеводного обмена и необходимости его коррекции.

6. Для истинной пузырчатки не характерно:

1. Прогрессирующее течение
2. Появление пузырей на внешне неизменённой коже или слизистых оболочках
3. Тенденция к генерализации
4. Напряжённые пузыри на эритематозном отёчном фоне
5. Нарушение общего состояния

Правильный ответ: напряжённые субэпидермальные пузыри на эритематозном отёчном фоне (выбор 4) наблюдаются при герпетиформном дерматозе Дюринга. При акантолитической пузырчатке вследствие аутоиммунного процесса происходит разрушение десмосомальных связей между клетками шиповатого слоя эпидермиса с образованием интраэпидермальных пузырей. Пузырчатка - хронический пузырный дерматоз с неуклонно прогрессирующим течением (выбор 1), приводящий к смерти больного. Под влиянием массивной терапии большими дозами системных глюкокортикоидов, при относительно благоприятном течении заболевания удаётся достичь клинической ремиссии, однако каждое новое обострение характеризуется более тяжёлой клиникой и требует увеличения начальной дозы глюкокортикоидов. Для заболевания характерна тенденция к генерализации высыпаний на коже и слизистых оболочках (выбор 3), нарушение общего состояния больного (выбор 5), нарушения деятельности сердечно-сосудистой, выделительной систем, функции коры надпочечников, водно-электролитного и других видов обмена, лихорадка и интоксикация.

7. Для клинической картины пузырчатки не характерно:

1. Острое начало заболевания
2. Истинный полиморфизм высыпаний
3. Мономорфная сыпь
4. Медленная эпителизация эрозий
5. Поражение слизистой оболочки рта

Правильный ответ: истинный полиморфизм высыпаний (выбор 2) не характерен для акантолитической пузырчатки. Он наблюдается при герпетиформном дерматозе Дюринга, когда на эритематозном отёчном фоне кожи визуализируются герпетиформно расположенные пузырьки или пузыри, а также волдыри, папулы, пустулы. Акантолитическая пузырчатка начинается остро (выбор 1) с появления тонкостенных пузырей на внешне неизменённой коже или слизистых оболочках. Первичным элементом мономорфной сыпи (выбор 3) при акантолитической пузырчатке является внутриэпидермальный пузырь с дряблой крышкой с серозным содержимым, которое постепенно мутнеет и имеет характерный «пузырчаточный» запах. Иногда содержимое пузыря может быть серозно-геморрагическим. Крупные пузыри быстро вскрываются, образуя яркие медленно эпителизирующиеся эрозии (выбор 4), а мелкие сосыхаются в серовато-жёлтые корки. Поражение слизистой оболочки рта (выбор 5) встречается у большинства больных вульгарной пузырчаткой и часто является её первым симптомом. Поэтому больные с впервые возникшим заболеванием первоначально обращаются за помощью к стоматологу. При

пузырчатке поражаются также слизистые носа, глаз, мочеполового тракта, прямой кишки.

8. Ведущим механизмом развития акантолитической пузырьчатки признают:

1. Неврогенный
2. Вирусный
3. Дисбаланс электролитов
4. Эндокринный
5. Аутоиммунный

Правильный ответ: в настоящее время признана ведущая роль аутоиммунных процессов (выбор 5) в развитии вульгарной пузырьчатки. У больных образуются антитела к антигенным компонентам межклеточного цементирующего вещества шиповатого слоя эпидермиса, что приводит к фиксации комплекса антиген-антитело в межклеточном веществе, обуславливая разрушение десмосом эпидермоцитов или эпителия слизистых оболочек. Клетки теряют связь друг с другом, в результате чего развивается акантолизис, клинически проявляющийся появлением интраэпидермальных пузырей и симптомов отслойки эпидермиса. Непрямой РИФ в сыворотке крови и пузырьной жидкости больных обнаруживают антитела, относящиеся к иммуноглобулинам класса G. Прямая РИФ выявляет IgG в межклеточном веществе поражённой и клинически неизменённой кожи больного. При вульгарной пузырьчатке наблюдаются дегенеративные явления в центральной нервной системе (выбор 1), в ходе развития патологического процесса могут появляться нервнососудистые нарушения. Вирусные инфекции (выбор 2) могут провоцировать начало болезни. Нарушения водно-электролитного обмена (выбор 3) развиваются у больных пузырьчаткой в связи с большой плазмопотерей через обширные эрозивные дефекты кожи; выявляется задержка хлоридов. В патогенезе заболевания важную роль играет снижение функции коры надпочечников (выбор 4).

9. Для вульгарной пузырьчатки характерны:

1. Болезненные эрозии с мелкофестончатыми очертаниями на фоне эритемы и отёка
2. Эрозии с серозным отделяемым и обрывками эпидермиса по периферии на коже сводов стоп
3. Ярко-розовые эрозии с серозным отделяемым, медленно эпителизирующиеся
4. Эрозии неправильных очертаний на месте вскрывшихся пузырей в зоне воздействия горячего водяного пара

Правильный ответ: ярко-розовые медленно эпителизирующиеся эрозии с серозным отделяемым (выбор 3) при пузырьчатке образуются вследствие повреждения тонкой покрывки пузырей; могут располагаться на коже и слизистых оболочках, имеют различные размеры и форму, оставляют после себя стойкую вторичную гиперпигментацию. Болезненные пузырьки и эрозии с мелкофестончатыми очертаниями на эритематозном отёчном фоне (выбор 1) характерны для простого (в виде мелких бляшек) и опоясывающего лишая (по ходу межрёберных нервов), вызываемых вирусами простого и опоясывающего герпеса. Эрозии с серозным отделяемым и обрывками эпидермиса по периферии на коже сводов стоп (выбор 2) характерны для дисгидротической формы эпидермофитии стоп, которая может осложняться вторичной пиогенной инфекцией. Эрозии неправильных очертаний на месте вскрывшихся пузырей в зоне воздействия горячего водяного пара относят к простому дерматиту физической природы (выбор 4).

10. Диагностическими критериями вульгарной пузырьчатки не являются:

1. Эозинофилия в пузырьной жидкости и крови
2. Наличие мноморфной сыпи в виде интраэпидермальных пузырей
3. Симптом Никольского
4. Обнаружение акантолитических клеток в мазках-отпечатках со дна эрозий

Правильный ответ: эозинофилия в пузырьной жидкости и крови (выбор 1) характерна для герпетического дерматоза Дюринга. Для пузырьчатки характерны высыпания мноморфных интраэпидермальных пузырей (выбор 2) на коже и слизистых. Интраэпидермальный характер пузырей обусловлен разрушением межклеточных связей в шиповатом слое эпидермиса в результате аутоиммунного процесса. Классический симптом Никольского (выбор 3) вызывается путём скользящего потирания поверхности кожи вокруг пузырей. При потягивании пинцетом за покрывку пузыря она легко вскрывается и снимается в виде лоскута, который включает в себя треугольный обрывок верхнего слоя эпидермиса прилежащей к пузырю зоны видимо неповреждённой кожи, где остаётся эрозия треугольной формы (симптом I степени), при потирании кожи между соседними пузырями (симптом II степени), а также в зонах, значительно удалённых от высыпаний (симптом III степени - наиболее тяжёлая степень акантолиза). Акантолитические клетки обнаруживаются в мазках-отпечатках со дна пузырей или эрозий (выбор 4), особенно в стадии прогрессирования заболевания. В начальной стадии и в стадии эпителизации их находят не всегда вследствие меньшей выраженности процесса акантолиза.

11. Для лечения вульгарной пузырьчатки не применяют:

1. Глюкокортикоиды
2. Цитостатики
3. Плазмаферез
4. Альбумин и противокоревой гамма-глобулин
5. Сульфоны

Правильный ответ: сульфоны (ДДС, Дапсон) (выбор 5) применяют для лечения герпетиформного дерматоза Дюринга (выбор S). Глюкокортикоиды (выбор 1) являются основными препаратами для лечения вульгарной пузырчатки. До эры применения глюкокортикоидных гормонов смертность от заболевания составляла 100%. Лечение начинают с высоких доз - 60-90-120 мг/сут в пересчёте на преднизолон, и по достижении клинического эффекта (прекращение появления новых пузырей) медленно снижают до минимальной поддерживающей дозы. Цитостатики (выбор 2) присоединяют для лечения вульгарной пузырчатки в случае недостаточного терапевтического эффекта глюкокортикостероидов с целью уменьшения их дозы. Применяют азатиоприн, метотрексат, циклофосфамид. Плазмаферез (выбор 3) и гемосорбцию дополнительно назначают при недостаточной эффективности лечения глюкокортикоидами и цитостатиками. Альбумин и противокоревой гамма-глобулин (выбор 4) применяют для повышения защитных сил организма и уменьшения побочного действия глюкокортикоидов и цитостатиков наряду с витаминами группы В, ДНК-азой, интерфероном, продигозаном.

12. Выберите варианты наружного лечения вульгарной пузырчатки в стадии пузырей и эрозий.

1. Ванны общие с добавлением антисептиков
2. Глюкокортикоидные кремы и спреи
3. Противовирусные средства
4. Анилиновые красители
5. Варианты 1,2,4

Правильный ответ: при наличии пузырей и эрозий целями наружной терапии вульгарной пузырчатки являются противовоспалительное, противомикробное воздействие (выбор 5). Комбинированные глюкокортикоидные спреи и кремы (выбор 2) являются наиболее удачной лекарственной формой, так как воздействуют на иммунокомплексное воспаление, оказывают антимикробное действие и не препятствуют перспирации в очагах. Рекомендуется применение глюкокортикоидных кремов и спреев и на зоны вокруг очагов поражения. При подсыхании эрозий переходят на средства, стимулирующие репаративные процессы в коже. Анилиновые красители (метиленовый синий, жидкость Кастеллани) (выбор 4) хорошо подсушивают эрозии и одновременно препятствуют присоединению вторичной пиогенной инфекции. Общие тёплые ванны с

добавлением антисептиков (перманганата калия, борной кислоты, танина и др.) (выбор 1) оказывают дезинфицирующее действие, благотворно влияют на кровоток и обмен веществ в коже. Противовирусные наружные средства (выбор 3) назначают при вирусных дерматозах в продромальной и острой стадиях.

13. Укажите диагностический тест, не информативный при герпетиформном дерматозе Дюринга:

1. Исследование содержимого пузырей методом посева на флору и чувствительность к антибиотикам
2. Аппликационная проба Ядассона с 50% KI
3. Исследование мазков-отпечатков со дна пузырей на эозинофилию
4. Гистологическое исследование кожи очагов поражения
5. Анализ крови общий

Правильный ответ: исследование содержимого пузырей и пустул на флору и чувствительность к антибиотикам (выбор 1). Указанный метод применяется для этиологической диагностики и назначения рациональной антибиотикотерапии при пиодермиях. Иод, наряду с богатой глютенем пищей, является провоцирующим фактором при дерматозе Дюринга. На этом основана диагностическая проба Ядассона с йодистым калием (выбор 2), который применяется в виде повязки с 50% мазью на предплечье пациента. При герпетиформном дерматозе через 12-24 часа на месте аппликации выявляется очаг гиперемии и отёка с пузырьками или пузырями, папулами, уртикоподобными элементами. При исследовании мазков - отпечатков со дна эрозий обнаруживают большое количество эозинофильных лейкоцитов (выбор 3). Акантолитические клетки не обнаруживаются. Для гистологической картины кожи в очагах поражения (выбор 4) при герпетиформном дерматозе характерны субэпидермальные пузыри с большим количеством эозинофилов в их содержимом. Пузыри окаймлены скоплениями эозинофильных и нейтрофильных лейкоцитов (папиллярные микроабсцессы), которые расположены на вершущках сосочков дермы. Ткань сосочков дермы в зонах микроабсцессов может подвергаться некрозу, кровеносные сосуды дермы расширены и окружены инфильтратами из нейтрофилов, эозинофилов, разрушенных ядер и мононуклеаров с примесью нейтрофилов. Со временем инфильтрат становится сплошным, в нём преобладают эозинофилы. Анализ крови общий (выбор 5) выявляет эозинофилию, которая является одним из признаков герпетиформного дерматоза.

14. Выберите базисный препарат для лечения герпетиформного дерматоза Дюринга:

1. Делагил
2. Диаминодифенилсульфон (ДДС)
3. Пенициллин
4. Преднизолон
5. Флюконазол

Правильный ответ: диаминодифенилсульфон (выбор 2) относится к группе сульфоновых препаратов (ДДС, Дапсон, димоцифон, авлосульфон, диуцифон), которые являются базисными в терапии герпетиформного дерматоза. Назначается курсами по 5 дней с 1-3-дневными перерывами. Рекомендуются проведение 2-4 курсов. Препараты могут вызывать метгемоглобинемию и анемию, которые необходимо корректировать в процессе лечения. Из других побочных эффектов возможны фотосенсибилизация, токсидермия, агранулоцитоз, лейкопения, периферическая нейропатия. Делагил (выбор 1) относится к противомаларийным средствам, обладает иммуносупрессивным действием. Применяется для лечения хронической красной волчанки, псориатической артропатии, ограниченной склеродермии. Пенициллин (выбор 3) - антибиотик широкого спектра действия; является этиотропным при лечении сифилиса. Применяется для лечения ограниченной склеродермии, так как при курсовом введении оказывает купренилоподобное действие и способствует санации очагов хронической инфекции. Используется также для лечения бактериальных инфекций, вызванных чувствительной к пенициллину флорой и др. Преднизолон (выбор 4) - основной препарат для лечения вульгарной пузырчатки, при которой назначается в начальных больших, а затем поддерживающих дозах на длительный срок. При герпетиформном дерматозе применяется в средних дозах (20-40 мг преднизолона в сутки) в первые 3-4 недели на фоне терапии сульфоновыми препаратами. Флюконазол (выбор 5) является системным антимикотиком и применяется парентерально (внутривенно капельно) или внутрь при кандидозе кожи и слизистых оболочек; дерматофитиях, вызванных чувствительными к флюконазолу патогенными грибами.

15. Во время диспансерного наблюдения больных герпетиформным дерматозом не назначают:

1. Курсы поддерживающей терапии сульфоновыми препаратами
2. Безглютеновую диету
3. Препараты и продукты, не содержащие иода
4. Пробу Ядассона с йодистым калием
5. Динамическое врачебное наблюдение

Правильный ответ: проба Ядассона (выбор 4) с 50% мазью калия иодида не применяется в период ремиссии заболевания, так как может вызывать

обострение дерматоза. Во время ремиссии герпетиформного дерматоза Дюринга рекомендуют профилактический приём небольших доз сульфоновых препаратов (выбор 1) короткими курсами. В связи с наличием у больных герпетиформным дерматозом глютеновой энтеропатии из пищи следует исключить злаковые продукты, богатые глютенем (выбор 2) - крупы и изделия из них, панированные изделия, изделия с хлебными наполнителями. Соблюдение безглютеновой диеты нередко приводит к исчезновению высыпаний или позволяет снизить дозу сульфононов. Иод провоцирует обострение дерматоза Дюринга, поэтому больных предупреждают о необходимости исключения продуктов, содержащих соли иода, недопустимости смазывания иодом кожи и слизистых оболочек, необходимости удаления иодоформных зубных пломб (выбор 3). Наблюдение (выбор 5), включающее регулярные осмотры дерматолога и других специалистов позволяет своевременно проводить профилактику обострения болезни, корректировать общесоматический статус с целью продления ремиссии, что улучшает качество жизни больного.

Красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит

1. Укажите неверное утверждение:

1. Красная волчанка чаще возникает у женщин
2. Для заболевания характерна триада признаков: эритема, гиперкератоз, атрофия
3. Возможны клинические варианты хронической красной волчанки губ
4. Поражение красной каймы губ для хронической красной волчанки нетипично
5. Для лечения хронической красной волчанки препаратами выбора являются синтетические противомаларийные препараты (делагил, хлорохил)

Правильный ответ: поражение красной каймы губ для хронической красной волчанки нетипично (выбор 4). Красная волчанка чаще возникает у женщин (выбор 1). Для заболевания характерна триада признаков - эритема, гиперкератоз, атрофия (выбор 2) При красной волчанке губы могут поражаться изолированно или сочетаться с поражением кожи. Типичная форма красной волчанки красной каймы губ может быть диффузной и изолированной. При диффузном поражении красная кайма губ насыщено — красного цвета, умеренно инфильтрирована, покрыта плотно сидящими беловато-серыми чешуйкам, при попытке удаления которых возникает болезненность - симптом Бенье-Мещерского. При ограниченном поражении имеются один или два инфильтрированных очага, в центре которого видно западение в результате атрофии. Атрофия на красной кайме губ выражена слабее, чем атрофия на коже. Кроме типичной формы красной волчанки губ

наблюдается следующие её клинические формы (выбор 3): без выраженной атрофии, язвенноэрозивная форма и глубокая форма красной волчанки Капоши-Ирганга на губах.

2. Диагностическими признаками очаговой склеродермии являются:
1. Прогрессивно развивающийся диффузный склероз кожи
 2. Системное поражение внутренних органов
 3. Ограниченные уплотнения и атрофия в виде бляшек, полос и пятен
 4. Белый дермографизм
 5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: ограниченные уплотнения и атрофия в виде бляшек, полос и пятен (выбор 3). Очаговая склеродермия - хроническое заболевание кожи с постепенной сменой клинических стадий патологического процесса кожи: плотного отека, уплотнения и атрофии вследствие дегенеративно-склеротического процесса соединительной ткани. Прогрессивно развивающийся диффузный склероз кожи (выбор 1) наблюдается при системной склеродермии, начинается на коже лица, шеи, кистей с плотного отека и последующим развитием индурации и склерозирования. Лицо приобретает маскообразный вид, кожа становится натянутой, гладкой, блестящей, приобретает восковидный цвет. Волосы выпадают, ногти истончаются, отделяются от ногтевого ложа, уменьшается секреция потовых и сальных желез. Постепенно процесс принимает распространенный характер. Системное поражение внутренних органов (выбор 2) характерно для системной склеродермии в связи с диффузным поражением соединительной ткани с преобладанием фиброза и облитерирующей микроангиопатии. В патологический процесс вовлекаются легкие, сердце, ЖКТ, почки. Белый дермографизм (выбор 4) характерен для атопического дерматита, нейродермита, почесухи.

3. К признакам хронической красной волчанки относят:
1. Симптом Бенье-Мещерского
 2. Симптом Кёбнера
 3. Симптом мишени
 4. Люпус-нефрит
 5. Симптом «яблочного желе»

Правильный ответ: симптом Бенье-Мещерского (выбор 1) - чувство болезненности, которым сопровождается удаление плотно сидящих чешуек в устьях фолликулов. Симптом указывает на наличие фолликулярного гиперкератоза при хронической красной волчанке. Симптом Кёбнера (вариант 2) заключается в появлении новых первичных элементов через 10-14 дней на месте механической травмы кожи. Выявляется у больных

псориазом, красным плоским лишаем в прогрессирующей стадии заболевания. Симптом мишени (выбор 3) наблюдается при многоформной экссудативной эритеме и заключается в характерном виде папул и пятен — с западающей центральной зоной и яркой периферической зоной. Люпус-нефрит (выбор 4) относится к признакам системной красной волчанки — аутоиммунного заболевания соединительной ткани и сосудов, которое характеризуется образованием антител к собственным клеткам и их компонентам и развитием иммунокомплексного воспаления с повреждением органов и систем. Симптом «яблочного желе» (выбор 5) определяется путем диаскопии очагов поражения и заключается в изменении цвета кожи на желтоватый с налетом точечных сероватых вкраплений. Отмечается при саркоидозе и туберкулезе кожи.

4. Ограниченная склеродермия - это:

1. Патологическое состояние кожи, связанное с гиперфункцией сальных желез

2. Токсико-аллергический дерматоз, проявляющийся острой кожнослизистой волдырной реакцией и сильным зудом

3. Воспалительное заболевание, характеризующееся очаговым поражением кожи и подкожной клетчатки, при котором происходит нарушение метаболизма коллагена, приводящее к возникновению очагов уплотнения и атрофии кожи

4. Всё перечисленное верно

Правильный ответ - выбор 3. При ограниченной склеродермии поражается кожный покров. Выделяют несколько клинических разновидностей бляшечной и линейной форм ограниченной склеродермии. У части больных заболевание может трансформироваться в системную склеродермию. Патологическое состояние кожи, связанное с гиперфункцией сальных желез, называется себореей (выбор 1). Токсико-аллергический дерматоз, проявляющийся острой кожно-слизистой волдырной реакцией и сильным зудом - острая крапивница (выбор 2). Выбор 4 включает в себя определения дерматозов, не относящихся к ограниченной склеродермии.

5. Укажите факторы риска развития склеродермии:

1. Стресс

2. Острые и хронические инфекции

3. Травмы

4. Введение вакцин и сывороток

5. Всё вышеперечисленное

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5). Заболевание рассматривают как аутоиммунное, при котором в основе нарушений

которого лежит взаимодействие аутоантигенов с лимфоидными клетками. Важную роль играют нарушения микроциркуляции, метаболизма соединительной ткани в виде гиперпродукции коллагена фибробластами, соотношения между растворимой и нерастворимой фракциями коллагена, накопление в коже меди, повышенного содержания оксипролина в плазме крови и моче. Стресс (выбор 1), острые и хронические инфекции (выбор 2), травмы (выбор 3), введение вакцин и сывороток (выбор 4) наряду с эндокринопатиями и заболеваниями нервной системы могут являться разрешающими факторами развития заболевания.

6. К клиническим формам ограниченной склеродермии не относят:

1. Бляшечную индуративно-атрофическую
2. Интертригинозную
3. Линейную саблевидную
4. Болезнь белых пятен

Правильный ответ: интертригинозную (выбор 2). Интертригинозная форма микоза стоп проявляется поражением межпальцевых складок в виде эритемы и отёка с микровезикуляцией, мокнутием, трещинами, болезненностью и зудом. Бляшечная индуративно-атрофическая форма ограниченной склеродермии (выбор 1) наблюдается на конечностях, шее, туловище, иногда - на лице в виде воспалительных очагов неправильной формы. Обострения и ремиссии наблюдаются в течение нескольких лет. Линейная саблевидная форма ограниченной склеродермии (выбор 3) характеризуется поражением кожи лба или голени, располагаясь по ходу нервных стволов или рефлексогенных зон. Напоминает рубец от удара саблей. Чаще встречается у детей. Болезнь белых пятен, или склероатрофический лишай Цумбуша (выбор 4), локализуется на коже шеи, груди спины, плечевого пояса, живота в виде депигментированных атрофических пятен размером с горошину вокруг волосяных фолликулов, которые могут сливаться в более крупные очаги с эритематозно-гиперпигментированным венчиком. Встречается чаще у женщин.

7. Укажите стадии развития ограниченной склеродермии:

1. Стадия отёка
2. Стадия уплотнения
3. Стадия атрофии
4. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 4). Все перечисленные варианты являются последовательными стадиями развития ограниченной склеродермии. В стадии отёка (выбор 1) на коже имеется воспалительное отёчное пятно сиреневого цвета. Постепенно пятно

уплотняется, приобретая цвет слоновой кости и восковидный блеск (стадия уплотнения) - выбор 2. По периферии сохраняется сиреневый венчик воспаления, что указывает на активность процесса. Далее уменьшается яркость периферической зоны очага, уменьшается плотность отёка, центральная зона пятна несколько западает. На его месте остаётся гиперпигментация и атрофия (стадия атрофии) - выбор 3.

8. Выберите заболевание, с которым не проводят дифференциальный диагноз склеродермии:

1. Витилиго
2. Себорея
3. Атрофическая форма красного плоского лишая
4. Линейный невус
5. Лепра

Правильный ответ: себорея (выбор 2). Себорея - это заболевание, связанное с гиперфункцией сальных желез и изменением свойств кожного сала. Для себореи не характерны склероз, атрофия кожи и подкожной клетчатки. Витилиго (выбор 1) характеризуется появлением на коже депигментированных пятен вследствие разрушения меланоцитов. Витилиго дифференцируют с болезнью белых пятен по признаку отсутствия атрофии и склероза кожи. При атрофической форме красного плоского лишая (выбор 3) наряду с очагами атрофии кожи имеются типичные полигональные сиренево-розовые папулы с плоской поверхностью, восковидным блеском, пупковидным вдавлением и сетчатым рисунком на их поверхности. Линейный невус (выбор 4) в отличие от линейной формы ограниченной склеродермии появляется как правило в раннем детстве, не сопровождается воспалением и не меняется с течением времени. При дифференциальной диагностике с туберкулоидной лепрой (выбор 5) учитывают её эндемический характер последней, нарушение температурной, болевой, тактильной чувствительности и потоотделения в зоне пигментированных или депигментированных пятен, и данные исследования гистологического материала из очагов методом ПЦР на *M. Lepra*.

9. В каком варианте отражено одно из показаний к назначению системного глюкокортикоида при ограниченной склеродермии?

1. Всем больным с впервые установленным диагнозом ограниченной склеродермии
2. При неэффективности курсов антибиотикотерапии
3. Не применяются

Правильный ответ: при неэффективности курсов антибиотикотерапии (выбор 2). Системные глюкокортикоиды назначают больным с ограниченной

склеродермией, если курсы антибиотикотерапии не уменьшают клинические проявления заболевания. Начальная доза преднизалона составляет 25-30 мг в сутки и снижается на 5 мг в 10-14 дней. Продолжительность курса составляет 2,5-3 месяца. При угрозе контрактур и изъязвлений в случаях сочетания очаговой склеродермии с фасциитом, а также при буллезной форме заболевания глюкокортикоиды назначают в сочетании с делагиллом. При впервые установленном диагнозе очаговой склеродермии (выбор 1) назначают пенициллин, лидазу, а также средства, улучшающие периферическое кровообращение. Выбор 3 исключается выбором 2.

10. Какой из нижеперечисленных препаратов не обладает антифиброзирующим действием.

1. Пенициллин
2. D-пеницилламин
3. Лидаза
4. Мадекассол
5. Диуцифон

Правильный ответ: пенициллин (выбор 1) назначают при ограниченной склеродермии в случаях впервые установленного диагноза, а также при наличии клинико-лабораторных признаков активности очагов фокальной инфекции. Назначают 2-5 млн. ЕД препарата в сутки на протяжении 2-3 недель. При длительном применении пенициллин может оказывать купренилоподобное действие. D - пеницилламин (купренил, артамин, бианодил) связывает ионы меди и блокирует активность лизилоксидазы, которая участвует в фиброзообразовании. Применяется при ограниченной склеродермии при отсутствии эффекта от системных глюкокортикоидов, а при системной склеродермии является базисным препаратом (выбор 2). Лидаза и ронидаза (выбор 3) - ферментные препараты, которые воздействуют на систему гиалуроновая кислота - гиалуронидаза и замедляют фиброзообразование. Мадекассол ингибирует синтез коллагена и стабилизирует лизосомальные мембраны (выбор 4). Диуцифон (выбор 5) - протгиволепрозный препарат, который оказывает иммуномодулирующее действие и обладает умеренным антифиброзным действием.

11. Выберите метод диагностики, не информативный при ограниченной склеродермии:

1. Внешний осмотр кожи
2. Пальпация
3. Патоморфологическое исследование биоптата
4. Граттаж

Правильный ответ: граттаж (выбор 4), или доскабливание, позволяет выявить и определить особенности шелушения кожи в очагах поражения, плотность прикрепления чешуек. Применяется при разноцветном лишае, параспориазе (симптом скрытого шелушения, симптом облатки), псориазе (выявление триады симптомов). Внешний осмотр (выбор 1) позволяет выявить характерные локализацию, форму (округло-овальная или линейная), цвет (сиреневый в фазе отёка и желтовато-белый с восковидным блеском в стадии уплотнения, гиперпигментацию), структуру (плотный отёк с сиреневым воспалительным венчиком) очагов, наличие гемиатрофии лица при линейной форме ограниченной склеродермии. Пальпация (выбор 2) позволяет определить отёк, ограниченное уплотнение, атрофию кожи в виде бляшек, полос или пятен, а также склероз подлежащих тканей при саблевидной форме ограниченной склеродермии. Патоморфологическое исследование биоптата кожи очага поражения (выбор 3) позволяет выявить утолщение коллагеновых волокон, между которыми определяются умеренно выраженные воспалительные инфильтраты, состоящие преимущественно из лимфоцитов. В стадии уплотнения и склероза воспалительные явления исчезают, пучки коллагеновых волокон гомогенизируются и гиалинизируются. Клеточных элементов мало, стенки немногочисленных сосудов утолщены, а просветы их сужены. Эпидермис в стадии воспаления несколько утолщён, а в стадии склероза атрофичен.

12. Укажите симптом, характерный для дискоидной красной волчанки:

1. Симптом Бенье
2. Сетка Уикхема
3. Феномен Ауспитца
4. Симптом медовых сот
5. Симптом зонда

Правильный ответ: симптом Бенье (выбор 1) обусловлен фолликулярным гиперкератозом, в связи с чем чешуйки плотно фиксируются к коже роговым шипиком. Поэтому попытка снятия чешуйки является болезненной. На нижней поверхности снятой чешуйки определяется шип, повторяющий форму воронки сально-волосяного фолликула (симптом «дамского каблучка»). Симптом Уикхема (выбор 2) определяется при красном плоском лишае как белесоватая сетка на поверхности папулы. Исчерченность особенно хорошо заметна после смазывания поверхности элемента растительным маслом. Феномен Ауспитца (выбор 3) - капиллярные кровотечения, возникающие при граттаже папул у больных псориазом. Симптом медовых сот (выбор 4) - определяется при паразитарном сикозе как выделение капель гноя из абсцедирующих волосяных фолликулов при надавливании на очаг поражения. Симптом зонда (выбор 5) определяется при

туберкулёзной волчанке как провапивание пуговчатого зонда при надавливании на люпому в связи с разрушением волокон дермы вследствие специфического воспалительного процесса. Субъективно ощущается болезненность.

13. Типичной локализацией высыпаний при дискоидной красной волчанке являются:

1. Кисти и стопы
2. Лицо и ушные раковины
3. Локтевые и коленные сгибы
4. Локти, колени и волосистая часть головы
5. Слизистая оболочка рта

Правильный ответ: лицо и ушные раковины (выбор 2). Дискоидная красная волчанка является фоточувствительным дерматозом. Высыпания типично локализуются на открытых участках: лицо, ушные раковины, губы, волосистая часть головы. Возможно поражение слизистой оболочки рта. Поражение кистей и стоп (выбор 1) характерно для рубромикоза, ладонно-подошвенного пустулёза и других дерматозов. Кожа в областях локтевых и коленных сгибов (выбор 3) поражается при атопическом дерматите. Область локтей, коленей и волосистой части головы является типичной локализацией при псориазе (выбор 4). Слизистая оболочка рта (выбор 5) поражается у 70% больных вульгарной пузырчаткой.

14. К теориям этиопатогенеза красной волчанки не относят:

1. Аутоиммунную
2. Иммуногенетическую
3. Вирусную
4. Паразитарную

Правильный ответ: паразитарную (выбор 4). Паразитарные дерматозы вызываются рядом возбудителей, в частности, чесоточным зуднем (чесотка), лейшманиями (лейшманиоз кожи), вшами (педикулёз) и др. Согласно аутоиммунной теории (выбор 1), в организме больного образуются антитела и иммунные комплексы, которые откладываются под базальной мембраной эпидермиса и в стенках мелких сосудов. Красная волчанка нередко ассоциируется с другими заболеваниями аутоиммунного генеза - герпетиформным дерматозом Дюринга, вульгарной пузырчаткой, склеродермией и др. Согласно иммуногенетической теории (выбор 2), при красной волчанке имеет место угнетение Т-клеточного иммунитета (Т-супрессоров) и повышенная активность В-лимфоцитов. Эти нарушения возникают вторично, на фоне генетического предрасположения, благодаря чему происходят соматические мутации стволовых лимфоидных клеток. На

этом фоне экзогенные и эндогенные факторы провоцируют включение аутоиммунного механизма. Вирусная теория (выбор 3) основана на связи электронно-микроскопических данных о деструктивных изменениях в сосудах кожи, почек, мышцах и эндоплазматических тубулярных вирусоподобных образований, сходных со структурами парамиксовирусов.

15. Что такое LE-клетка?

1. LE-клетка - это нейтрофил (реже эозинофил, моноцит или макрофаг лимфоцитарного происхождения), который фагоцитировал ставший антигенным ядерный детрит другого нейтрофила - гематоксилиновое тело.

2. LE-клетка - это клетка шиповатого слоя эпидермиса, потерявшая связь с соседними клетками вследствие разрушения десмосом

3. LE-клетка - это эпидермоцит

4. LE-клетка - это миелобласт

Правильный ответ: LE-клетка - это нейтрофил (реже эозинофил, моноцит или макрофаг лимфоцитарного происхождения), который фагоцитировал ставший антигенным ядерный детрит другого нейтрофила - гематоксилиновое тело (выбор 1). Кольцо полиморфноядерных фагоцитов вокруг гомогенного гематоксилинового тела называется «розеткой». Гематоксилиновые тела, «розетки» и LE-клетки составляют LE - феномен, который является одним из важнейших лабораторных диагностических тестов при системной красной волчанке и некоторых других аутоиммунных заболеваниях. Появление диагностически значимого количества LE-клеток при хронической красной волчанке отражает трансформацию в системную красную волчанку. Клетка шиповатого слоя эпидермиса, потерявшая связь с соседними клетками вследствие разрушения десмосом - акантолитическая клетка (выбор 2). Обнаруживается при цитологическом исследовании мазка-отпечатка со дня эрозии или пузыря при вульгарной пузырчатке. Эпидермоцит (выбор 3)- клетка эпидермиса. Различают эпидермоциты базального, шиповатого, зернистого, блестящего, рогового слоёв эпидермиса. Миелобласт (выбор 4) - родоначальная клетка гранулоцитарного ряда, имеет нежное ядро тонкосетчатого строения, базофильную цитоплазму, содержащую небольшое количество азурофильных гранул.

16. Для лечения красной волчанки не применяют:

1. Системные глюкокортикоиды
2. Иммунокорректирующие средства
3. Аминохинолоновые препараты
4. Антибиотики
5. Гепатопротекторы

Правильный ответ: антибиотики (выбор 4). Применение антибиотиков при красной волчанке патогенетически не обосновано. Системные глюкокортикоиды (выбор 1) являются основными препаратами для лечения системной красной волчанки, назначаются по 100-120 мг в сутки, иногда в сочетании с цитостатиками. При хронической красной волчанке могут назначаться как изолированно, так и в сочетании с аминохинолоновыми препаратами, в дозе 25-30 мг с сутки. Иммунокорректирующие средства (выбор 2) (тималин, тактивин, декарис и др.) применяют с целью повышения иммунитета и для достижения противовоспалительного эффекта. Аминохинолоновые препараты (выбор 3) являются основными в терапии хронической красной волчанки. Они обладают фотозащитным действием, подавляют реакции образования антител и иммунных комплексов, предупреждают полимеризацию нуклеиновых кислот, трансформацию лимфоцитов, связывание ядерных белков; оказывают противовоспалительное действие путём стабилизации лизосом, нарушения синтеза простагландинов, подавления реакции гидролитических ферментов, блокирования хемотаксиса, гистаминного эффекта (плаквенил), Гепатопротекторы (выбор 5) применяют при нарушениях липидного обмена, патологии печени.

17. Выберите профилактические мероприятия для больных с хронической красной волчанкой:

1. Профилактический приём аминохинолоновых препаратов
2. Фотозащитные средства
3. Диспансерное наблюдение дерматолога и ревматолога
4. Всё перечисленное

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5). Все больные с хронической красной волчанкой подлежат динамическому диспансерному наблюдению дерматолога и ревматолога (выбор 3) с регулярным клинико-лабораторным и рентгенологическим обследованием. Рекомендуется профилактический приём аминохинолоновых препаратов (выбор 1) (плаквенил по 1 таблетке в день), использование фотозащитных кремов перед выходом на улицу в весенне-летний период, ношение солнцезащитных очков и одежды, максимально закрывающих кожу (выбор 2), так как инсоляция способствует возникновению и обострению заболевания.

Себорейный дерматит, акне, розацеа, гнездная алопеция

1. Препаратами выбора при лечении менструальных акне у женщин являются:

1. Косметические кремы, лосьоны
2. Витамины

3. Антибиотики

4. Гормональные противозачаточные препараты

Правильный ответ: гормональные противозачаточные средства (выбор 4). У женщин явления себореи и акне могут возникать в результате андрогенизации, что является результатом нарушения секреции гормонов яичниками, гипофизом или гипоталамусом. Гормональные противозачаточные средства - такие как «Жанин», «Новинет», «Регулон», «Ярина» способствуют уменьшению проявлений акне. Косметические кремы, лосьоны (выбор 1) применяются как вспомогательные средства. Антибиотики (выбор 3) входят в группу основных препаратов для лечения акне. Длительное их применение может вызвать возникновение побочных эффектов: кандидоза, диареи, аллергических реакций. Назначение витаминов (выбор 2) при менструальных акне патогенетически не обосновано.

2. К клиническим формам акне не относят:

1. Комедоновую
2. Папуло-пустулезную
3. Эритродермическую
4. Конглобатную

Правильный ответ: эритродермическая (выбор 3) форма характеризуется поражением более 80% кожи и может встречаться при различных заболеваниях - псориазе, экземе, атопическом дерматите, а также может быть идиопатическим состоянием. При комедоновой форме (выбор 1) характеризуется образованием в устьях сальных желез образуются пробки, состоящие из ороговевшей массы, частиц пыли и уплотненного кожного сала. Папуло-пустулезная форма (выбор 2) характеризуется возникновением фолликулярного инфильтрата и гнойничков. Конглобатная форма (выбор 4) представляет собой скученные полушаровидные инфильтраты, которые могут соединяться между собой ходами. Развитие конгломератов может закончиться образованием рубцов.

3. Неблагоприятным прогнозом при гнездной алопеции является:

1. Офиаз Цельза
2. Поражение ногтей
3. Атрофию волосяных фолликулов
4. Появление гнездной алопеции после химиотерапии

Правильный ответ: появление гнездной алопеции после химиотерапии (выбор 4). После применения химиотерапии часто может возникать гнездная алопеция как побочное действие цитостатиков, однако в этом случае волосы обычно восстанавливаются. Офиаз Цельза (выбор 1) — состояние, характеризующееся потерей волос на периферической части волосистой

части головы, при этом волосы имеют вид «короны». Это состояние считается неблагоприятным прогнозом для течения гнездной алопеции. Поражение ногтей (выбор 2) - редко встречающееся состояние, которое может сопутствовать гнездной алопеции и ухудшать ее прогноз. При атрофии волосяных фолликулов (выбор 3) восстановление волос на месте их выпадения невозможно (подтверждается морфологическим исследованием биопсийного материала из очагов).

4. К типам гнездной алопеции не относят:

1. Аутоиммунный
2. Обычный
3. Прегипертензивный
4. Атрофический

Правильный ответ: атрофический (выбор 4). К типам гнездной алопеции относят: обычный, иммунный, прегипертензивный, атопический, смешанный. К обычному типу (выбор 2) относят поражение, характеризующееся классическими признаками гнездной алопеции и не связанное с другими причинами. Прегипертензивный тип алопеции (выбор 3) возникает у лиц, страдающих артериальной гипертензией, вследствие нарушения кровообращения. Иммунный тип (выбор 1) связан с поражением волосяного фолликула иммунными комплексами и часто имеет связь с другими иммунными заболеваниями (тиреоидит).

5. Выберите верное определение розацеа:

1. Розацеа - заболевание кожи, возникающее у лиц молодого возраста, характеризующееся возникновением на лице папул и пустул
2. Розацеа - хроническое инфекционное заболевание, вызываемое клещом *Demodex folliculorum*, характеризующееся покраснением кожи лица, а затем - возникновением телеангиэктазий, папул и пустул
3. Розацеа - хроническое неинфекционное заболевание, чаще возникающее у лиц немолодого возраста, характеризующееся покраснением кожи лица, а затем - возникновением телеангиэктазий, папул и пустул

Правильный ответ: розацеа - хроническое неинфекционное заболевание, чаще возникающее у лиц немолодого возраста, характеризующееся покраснением кожи лица, а затем - возникновением телеангиэктазий, папул и пустул (выбор 3). Демодекс играет определённую роль в патогенезе заболевания у лиц, у которых он выявляется, т.к. утяжеляет течение заболевания. Однако его роль еще недостаточно изучена. Поэтому розацеа нельзя относить к инфекционным заболеваниям (выбор 3). Выбор 1 касается юношеских угрей.

6. Не характерным признаком розацеа является:

1. Эритема
2. Телеангиэктазии
3. Фолликулярный кератоз
4. Ринофима

Правильный ответ: фолликулярный кератоз (выбор 3). Клинической картиной фолликулярного кератоза являются коричневатые папулы, связанные с волосяным фолликулом. Он может встречаться как самостоятельное заболевание, так и быть симптомом других заболеваний (ихтиоз). Эритема является одним из первых симптомов заболевания (выбор 1). Вначале она носит нестойкий характер и возникает при воздействии внешних или внутренних факторов (волнение, гнев, жара, употребление кофе, горячих или спиртных напитков и.т.д. Затем эритема становится стойкой и при прекращении воздействия указанных факторов не разрешается. Телеангиэктазии (выбор 2) представляют собой расширенные мелкие кровеносные сосуды, которые видны на поверхности кожи. Ринофима (выбор 4) представляет собой увеличение в размерах носа в результате гранулематозного процесса. Ринофима является наиболее тяжёлым проявлением розацеа.

7. В патогенезе акне играют роль следующие факторы:

1. Длительный прием кортикостероидных препаратов
2. Нарушения менструального цикла у женщин
3. Эндокринные нарушения
4. Увеличение секреции сальных желез
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 5). Акне является полиэтиологическим заболеванием, и в его развитии играют роль многие факторы. Длительный прием кортикостероидов, а также прием других препаратов (например, для лечения туберкулеза или эпилепсии) может способствовать возникновению акне (выбор 1). При нарушении менструального цикла у женщин акне могут возникать как перед менструацией - менструальные акне, так и до нее - предменструальные акне (выбор 2). Известны сочетания акне с поликистозом яичников - синдром Штейна - Левенталя. Увеличение секреции сальных желез и себорея провоцируют повышенную выработку кожного сала и возможность закупорки сальных желез (выбор 4).

8. Для местного лечения акне не применяют:

1. Антибиотики
2. Азелаиновую кислоту (скинорен)

- 3 . Ретиноиды
4. Бензоила пероксид
5. Флуцинар

Правильный ответ: флуцинар (выбор 5) является фторированным кортикостероидным препаратом и применяется при хронических кожных заболеваниях - псориазе, экземе. Длительное его применение, наоборот, может способствовать возникновению акне и вызывать атрофию кожи. Антибиотики (выбор 1) являются препаратами выбора при абсцедирующих формах акне. Перед их назначением необходимо определить состав микрофлоры (посев) и её чувствительности к различным антибиотикам. Азелаиновая кислота (выбор 2) и бензоила пероксид (выбор 4) обладают антимикробным и противовоспалительным действием, препятствуя образованию пустул и снижая секрецию сальных желез. Ретиноиды (выбор 3) - производные витамина А, наиболее эффективный метод лечения тяжелых (абсцедирующих и кистозных) форм акне. Их применение значительно снижает гиперпролиферацию эпителия и секрецию сальных желез.

9. Для системной терапии акне применяют:
1. Ретиноиды и антибиотики
 2. Антигистаминные препараты и витамины группы В
 3. Химиотерапию (Метотрексат)
 4. Системные глюкокортикоиды
 5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: ретиноиды и антибиотики (выбор 1). Ретиноиды и антибиотики являются препаратами выбора при тяжёлых формах акне. Ретиноид роаккутан (производное витамина А) - наиболее эффективный системный препарат для лечения флегмонозных и кистозных акне (значительно снижает секрецию сальных желез). На фоне применения роаккутана возможны побочные эффекты: сухость кожи, слизистых, головные боли, нарушения ЖКТ. Больных женщин необходимо информировать о том, чтобы они планировали беременность не ранее чем через полгода после лечения роаккутаном. Антигистаминные препараты в лечении акне не показаны, т.к. применяются для лечения дерматозов аллергической природы, а также заболеваний, сопровождающихся зудом; витамины группы В включают в комплексную терапию как средства, улучшающие обменные процессы. Метотрексат (выбор 3) назначают при лечении псориатического артрита, лимфом кожи. Длительный приём системных глюкокортикоидов (выбор 4) может провоцировать возникновение стероидных акне.

10. Какие факторы способствуют развитию себорейного дерматита (СД)?

1. Заболевания нервной системы
2. Гиперфункция сальных желез
3. Колонизация кожи микроорганизмами
4. Иммунодефицитные состояния (ВИЧ)
5. Все перечисленное верно.

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор S). Известно, что при некоторых заболеваниях нервной системы (полиомиелит, сирингомиелия, болезнь Паркинсона) СД развивается более часто. Гиперфункция сальных желез (выбор 2) способствует развитию воспаления и колонизации кожи микроорганизмами. Колонизация микроорганизмами (выбор 3) также способствует развитию воспалительной реакции. Наиболее частыми микроорганизмами, колонизирующими кожу, являются дрожжеподобные грибы *Malassezia furfur* (*Pityrosporum*) и дрожжи *Candida albicans*. У лиц, страдающих иммунодефицитными состояниями (выбор 4), СД встречается часто и почти всегда носит распространенный характер. Иногда СД является единственным симптомом иммунодефицитного состояния (ВИЧ-инфекция).

11. Какие препараты не назначают при лечении себорейного дерматита (СД)?

1. Итраконазол внутрь
2. Кортикостероидные мази
3. Клотримазол
4. Шампунь «Низорал»
5. Бензилбензоат

Правильный ответ: бензилбензоат (выбор 5). Данный препарат применяют при лечении чесотки. Итраконазол (выбор 1) внутрь назначают при тяжелых формах СД, не поддающихся местной терапии. Действие итраконазола, клотримазола (выбор 3) и шампуня «Низорал» (выбор 4) основано на подавлении грибковой флоры, которая играет роль в патогенезе заболевания, а именно *Malassezia furfur* (*Pityrosporum*). Кортикостероидные мази (выбор 2) позволяют на время снять воспаление и уменьшить проявления СД.

12. Какие области являются «излюбленными» для себорейного дерматита (СД)?

1. Ладони, стопы
2. Лоб, грудь, спина
3. Бедрa, голени

4. Слизистые оболочки.

Правильный ответ: лоб, грудь, спина (выбор 2). Данные участки богаты сальными железами, явления себореи способствуют активному размножению липофильного гриба *Malassezia furfur* и развитию СД. На ладонях и стопах (выбор 1), а также на слизистых (выбор 4) нет сальных желез, поэтому СД в этих местах развиваться не может. На бедрах и голени их меньше (выбор 4), в связи с чем СД в этих участках развивается редко, преимущественно при генерализации процесса.

13. Для себорейного дерматита (СД) не характерно:

1. «Себорейная» корона
2. Желтоватые чешуйки на эритематозном фоне
3. Мелкоточечное кровотечение при поскабливании участка поражения
4. Локализация в местах повышенного салоотделения (лоб, область носа, грудь, спина, заушные раковины, волосистая часть головы)

Правильный ответ: мелкоточечное кровотечение при поскабливании участка поражения (выбор 3) наблюдается при псориазе. «Себорейная» корона (выбор 1) отмечается при возникновении СД на волосистой части головы и частичном поражении окружающей её гладкой кожи. Дифференциальным отличием является отсутствие симптомов, характерных для псориаза (Ауспица, Картамышева). Желтоватые чешуйки на эритематозном фоне (выбор 2) — характерный признак СД, иногда чешуйки слипаются, образуя сплошную корку. СД возникает в местах скопления сальных желез (выбор 4) при явлениях жидкой себореи.

14. Симптоматическая алопеция не возникает:

1. После родов
2. При головном педикулезе
3. Во вторичном периоде сифилиса
4. При дефиците цинка

Правильный ответ: при головном педикулёзе (выбор 2) алопеция не развивается, т.к. вши являются эктопаразитами. Во второй половине беременности и после родов (выбор 1) скорость роста волос уменьшается, увеличивается их количество в стадии анагена. Имеют значение также кровопотеря и психоэмоциональный стресс, связанный с родами. Во вторичном периоде сифилиса (выбор 3) может отмечаться мелкоочаговое и диффузное поредение волос; после курса антибиотикотерапии волосы постепенно отрастают. В этом периоде сифилиса могут ступенеобразно выпадать и ресницы (признак Пинкуса), а характерное выпадение бровей называют «омнибусным» или «трамвайным» симптомом. При дефиците цинка (выбор 4) может отмечаться симптомокомплекс, характеризующийся

дерматитом и поредением волос. Пищевые источники цинка - яйца, грибы, печень, почки, легкие, говядина.

15. Какие средства нужно применять в стационарной стадии гнездной алопеции?

1. Гипосенсибилизирующие
2. Антигистаминные
3. Раздражающие
4. Ретиноиды
5. Антибиотики

Правильный ответ: раздражающие (выбор 3). Применение раздражающих средств в прогрессирующую стадию гнездной алопеции недопустимо. Их применение начинают лишь при отсутствии выпадения волос в зоне по периферии очага. К раздражающим средствам относят сок чеснока, настойку стручкового перца, кашицу бодяги, динитрохлорбензол и др. Гипосенсибилизирующие средства (выбор 1), антигистаминные препараты (выбор 2) назначают при аллергических дерматозах. Ретиноиды (выбор 4) применяются при тяжёлых формах акне, наследственных болезнях ороговения. Антибиотики (выбор 5) при гнездной алопеции не показаны.

3.ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Сифилис

1. В триаду Гетчинсона (признак позднего врождённого сифилиса) не входит:

1. Специфический лабиринтит
2. Диффузный кератит
3. Зубы Гетчинсона
4. Сифилитическая пузырьчатка

Правильный ответ: сифилитическая пузырьчатка (выбор 4) встречается при раннем врожденном сифилисе и характеризуется появлением пузырей на стопах, ладонях, сгибательных поверхностях голеней, предплечий и редко - на туловище. Триада Гетчинсона включает в себя диффузный кератит (выбор 2) — помутнение роговицы, светобоязнь, слезотечение; специфический лабиринтит (выбор 1) - глухоту из-за поражения слуховых нервов, зубы Гетчинсона (выбор 3) - дистрофию верхних центральных постоянных резцов.

2. К атипичным формам твёрдого шанкра не относят:

1. Язвенный твёрдый шанкр на коже головки полового члена
2. Индуративный (уплотнённый) отек

3. Шанкр-амигдалит
4. Шанкр-панариций

Правильный ответ: язвенный твёрдый шанкр в области головки полового члена (выбор 1) - типичная клиническая форма первичного активного сифилиса. Индуративный отек (выбор 2) развивается вследствие поражения лимфатических капилляров половых органов. Пораженный орган уплотняется, становится синюшным, холодным наощупь. Шанкрамигдалит (выбор 3) представляет собой уплотнённую, увеличенную нёбную миндалину без образования эрозии или язвы; создаёт дискомфорт при глотании. Шанкр-панариций (выбор 4) локализуется на дистальной фаланге пальца кисти. На тыльной стороне пальца отмечается болезненная язва с резкими границами мясо-красного цвета, подмышечные и локтевые лимфоузлы увеличены.

3. Для вторичного активного сифилиса характерны:
 1. Медленное разрешение элементов сыпи при лечении
 2. Элементы сыпи не заразны.
 3. Полиморфизм высыпаний
 4. Наличие островоспалительной реакции и болезненность сифилидов

Правильный ответ: полиморфизм элементов (выбор 3). Высыпания при вторичном сифилисе могут быть представлены различными сифилидами: пятнистым (розеола), папулёзными (лентиккулярный, милиарный, нумулярный, мокнущий, ладонно-подошвенный, широкие кондиломы), пустулёзными (угревидный, импетинозный, эктиматозный, рупиоидный), везикулёзным (оспенновидный). Нередко отмечается одновременное высыпание нескольких первичных элементов - пятен, папул, иногда пустул (истинный полиморфизм). Эрозивно-язвенные элементы сыпи при вторичном сифилисе весьма заразительны (выбор 2), быстро регрессируют под действием противосифилитической терапии (выбор 1), островоспалительная реакция и болезненность элементов отсутствует (выбор 4).

4. Какое из перечисленных заболеваний относят к венерическим?
 1. Хламидиоз
 2. Трихомониаз
 3. Сифилис
 4. Чесотку

Правильный ответ: сифилис (выбор 4) является «классической» венерической болезнью. Хламидиоз (выбор 1) и трихомониаз (выбор 3) по классификации ВОЗ включены в группу инфекций, передающихся половым путём (ИППП) с преимущественным поражением половых органов. Чесотка (выбор 5) является контагиозным паразитарным заболеванием с контактно-бытовым механизмом передачи, в том числе и при сексуальных контактах.

5. Укажите клинические признаки, характерные для активного вторичного сифилиса:

1. Сифилитическая ангина
2. Наличие бугорков и гумм
3. Наличие диффузной папулезной инфильтрации

Правильный ответ: сифилитическая ангина (выбор 1), для которой характерно высыпание вторичных сифилидов на слизистой мягкого нёба и миндалин. Различают эритематозную, папулёзную и некротическую сифилитическую ангину. Бугорки и гуммы (выбор 2) - клинические признаки третичного сифилиса. Характеризуются медленным развитием, длительным течением, тенденцией к распаду тканей с образованием язв и последующим их рубцеванием. Диффузная папулёзная инфильтрация (выбор 3) - клиническое проявление раннего врождённого сифилиса. Воспалительные инфильтраты lividного цвета с резкими границами образуются вокруг рта, вследствие чего осложняются болезненными трещинами, которые впоследствии регрессируют, образуя радиарные рубцы Робинсона-Фурнье.

6. К осложнениям твёрдого шанкра не относят:

1. Индуративный отек
2. Фимоз
3. Фагединизм
4. Гангренизацию

Правильный ответ: индуративный отек (выбор 1) развивается без твёрдого шанкра вследствие первичного поражения сифилитической инфекцией лимфатических капилляров половых органов. Фимоз (выбор 2) — осложнение твёрдого шанкра, вызванное бапанопоститом и сужением листков крайней плоти, в результате чего открытие головки полового члена становится невозможным. Фагединизм (выбор 3) является состоянием, при котором вследствие присоединения вторичной инфекции поражаются глубокие ткани полового члена вплоть до его самоампутации. Гангренизация (выбор 4) представляет собой язвеннонекротический процесс, который проявляется струпом чёрного цвета, покрывающим сифилитическую язву (твёрдый шанкр).

7. Укажите признаки твёрдого шанкра:

1. Плотный инфильтрат в основании эрозии или язвы
2. Отсутствие субъективных ощущений
3. Медно-красный цвет
4. Наличие эрозии или язвы
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 5). Признаками первичного шанкра являются: твердый инфильтрат у основания (выбор 1), отсутствие субъективных ощущений (выбор 2), медно-красный цвет (выбор 3), четко отграниченная эрозия с лакированным дном или язва, дно которой покрыто желтоватым («сальным») налётом (выбор 4).

8. Для твёрдого шанкра характерно всё, кроме:

1. Отсутствия его болезненности
2. Обнаружения в отделяемом язвы бледной трепонемы
3. Отсутствия острого воспаления первичной сифиломы
4. Всегда положительной реакцией Вассермана (RW)

Правильный ответ: всегда положительная RW (выбор S). Твердый шанкр является признаком первичного периода сифилиса, который по результатам RW подразделяют на серопозитивный и серонегативный периоды. В серонегативном периоде RW отрицательная, поэтому важным диагностическим тестом в такой ситуации является обнаружение бледной трепонемы в отделяемом шанкра методом микроскопии в тёмном поле (выбор 2). Твёрдый шанкр безболезненный при пальпации и не сопровождается перифокальными воспалительными явлениями (выбор 1 и 2).

9. Дифференциальную диагностику твердого шанкра проводят со следующими заболеваниями:

1. Мягким шанкром
2. Простым пузырьковым лишаем
3. Язвами другой этиологии
4. Вульгарной эктимой
5. Со всеми перечисленными

Правильный ответ: со всеми перечисленными (выбор 5). Для мягкого шанкра (выбор 1) характерен короткий период инкубации - несколько дней. На половых органах появляются папулы и изъязвляющиеся пустулы. Язвенные элементы имеют мягкую консистенцию и носят остро воспалительный характер, в их отделяемом выявляется сгрептобацилла Дюкрея-Петерсена-Унны. При простом герпесе (выбор 2) отмечается множество сгруппированных везикул на гиперемизованном фоне. Высыпания сопровождаются зудом, жжением. Встречаются другие язвенные поражения половых органов (выбор 3), например шанкриформная пиодермия. Вульгарная эктима (выбор 4) характеризуется грязножелтым гнойным налетом на дне язвы, длительным вялым течением, отсутствием склераденита; бледная трепонема в отделяемом язвы не обнаруживается.

10. Твёрдый шанкр не дифференцируют с:

1. Туберкулезной язвой
2. Чесоточной эктимой
3. Псориазом
4. Плоскоклеточным раком кожи

Правильный ответ: с псориазом (выбор 3). Хотя псориаз может поражать половые органы, первичным элементом при этом заболевании являются папулы, которые могут сливаться с образованием бляшек. Поражение кожи при псориазе носит характер эпидермально-дермальной папулы или бляшки с обильным шелушением серебристого цвета. Определяется симптом Ауспица. Папулы не эрозируются. При туберкулезной язве (выбор 1) определяются другие очаги туберкулеза, края язвы мягкие, подрытые, кровоточат. На её дне выявляются зёрна Треля. При чесоточной эктимо (выбор 2) обнаруживаются высыпания и на других участках тела, типичные для чесотки. Поражение сопровождается зудом, усиливающимся ночью. При лабораторном исследовании в элементах сыпи определяется чесоточный клещ. Плоскоклеточный рак кожи (выбор 4) встречается чаще у пожилых лиц, при этом язва длительно не заживает, определяются плотные, спаянные с кожей регионарные лимфоузлы.

11. Первичный период сифилиса не проявляется:

1. Эрозией
2. Бугорком
3. Язвой
4. Лимфаденитом
5. Лимфангитом

Правильный ответ: первичный период сифилиса не проявляется бугорком (выбор 2). В месте внедрения бледной трепонемы вначале возникает эритема, которая трансформируется в эрозивную или изъязвленную папулу (выбор 1 и 3). Лимфаденит (выбор 4) характеризуется увеличением регионарных лимфоузлов, которые безболезненны, не спаяны с кожей, подвижны. Поверхность кожи над ними не изменена. При лимфангите (выбор 5) увеличиваются лимфатические протоки, которые собирают лимфу из области первичного аффекта, выглядят в виде жгута с признаками воспаления, болезненные при пальпации.

12. Третичный период сифилиса при классическом течении развивается:

1. На 1 - 2 году после инфицирования
2. Чаще на 2 - 3 году от момента заражения
3. Через 4 -5 лет от момента заражения
4. Через 10 лет от момента заражения
5. Всегда через 15 лет от момента заражения

Правильный ответ: обычно через 4-5 лет от момента заражения (выбор 3). В последнее время третичный сифилис встречается редко. Его развитию способствуют: неполноценное лечение по поводу ранних форм сифилиса, нарушения иммунной системы, алкоголизм, наркомания, травмы, сопутствующие заболевания. Указанные и другие факторы (ВИЧинфекция, туберкулёз и другие иммунодефициты) способствуют укорочению (выбор 1,2) или удлинению (выбор 4,5) сроков наступления третичного периода сифилиса (например, у нелеченных или плохо лечившихся).

13. Папулезные сифилиды слизистых оболочек чаще характеризуются:

1. Четкими границами
2. Отсутствием периферического воспалительного ободка
3. Заразительностью
4. Чаще безболезненные
5. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 5). Папулезные высыпания при сифилисе четко очерчены (выбор 1), безболезненны (выбор 4). Высыпания при вторичном сифилисе острозаразительны, особенно мокнущий папулезный сифилид и широкие кондиломы (выбор 3). Периферический ободок воспалительного характера вокруг элементов не наблюдается (выбор 2).

14. Сифилитическую лейкодерму следует отличать от:

1. Витилиго
2. Отрубевидного лишая
3. Псориаза
4. Красного плоского лишая
5. Всего перечисленного

Правильный ответ: от всего перечисленного (выбор 5). Витилиго (выбор 1) характеризуется отсутствием пигмента и шелушения в очагах, их распространённостью, склонностью к слиянию. При отрубевидном лишае (выбор 2) в пятнистых очагах отмечается мелкое шелушение, характерная лейкодерма. Диагноз подтверждается микроскопическими исследованиями, положительной пробой Бальцера. При псориазе (выбор 3) и КПЛ (выбор 4) после регрессирования элементов остается временная пигментация или гипопигментация.

15. Для постановки диагноза «сифилис первичный серопозитивный» необходимо иметь следующие данные:

1. Тщательно собранный половой анамнез
2. Выявить у пациента регионарный лимфаденит

3. Обнаружить бледную трепонему в отделяемом из эрозии или язвы
4. Выявить положительные серологические реакции (РМП, РВ, РИФ, РПГА)
5. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 5). Тщательно собранный половой анамнез (выбор 1) позволяет установить факт подозрительной половой связи, произошедшей около 3-4 недель назад. Регионарный лимфаденит (выбор 2) является одним из главных признаков при первичном сифилисе. Если шанкр располагается на слизистой рта, то увеличиваются подчелюстные и шейные лимфоузлы, если на половых органах - увеличиваются паховые лимфоузлы. Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом из эрозии или язвы (выбор 3) в серонегативном периоде сифилиса является основным его диагностическим признаком. Первичный серопозитивный сифилис устанавливают при положительной РВ, наличии первичной сифиломы, в отделяемом которой обнаруживают бледную трепонему (выбор 4).

16. К разновидностям пустулезного сифилида относятся:

1. Импетигиозный
2. Эктимоподобный
3. Рупиоидный
4. Оспенновидный
5. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 5). При импетигиозном сифилиде (выбор 1) появляются высыпания в виде папул, в центре которых происходит нагноение и образование поверхностной пустулы, ссыхающейся в корку. Элементы могут достигать больших размеров. Рупиоидный сифилид (выбор 3) представляет собой разновидность тяжело протекающей эктимы с образованием слоистых, массивных корок, напоминающих раковину. При эктиматозном сифилиде (выбор 2) в результате глубокого распада крупных инфильтративных монетовидных папул образуется корка, при удалении которой образуется глубокая язва. Оспенновидный сифилид (выбор 4) представляет собой множественные пустулы на фоне округлых пятен, величиной с горошины, содержимое которых затем в центре ссыхается в корку и отторгается с образованием атрофического рубчика или буроватой пигментации (напоминает морфологический элемент при оспе).

17. Дифференциальную диагностику пустулезного сифилида проводят:

1. С простым герпесом
2. Вульгарной эктимой

3. Псориазом

4. Красным плоским лишаем

Правильный ответ: пустулёзный сифилид дифференцируют с вульгарной эктимой (выбор 2). При вульгарной эктимае образуется пустула с островоспалительной реакцией, инфильтрация, характерная для сифилитической эктимы, отсутствует. В постановке диагноза помогают серологические реакции. При простом герпесе (выбор 1) импетигинизация может возникать при присоединении вторичной инфекции. Клиника типичной формы простого пузырькового лишая включает в себя образование сгруппированных пузырьков на фоне отёчного пятна. При псориазе (выбор 3) и красном плоском лишае (выбор 4) первичным морфологическим элементом являются папулы с характерными признаками и локализацией.

18. При сгруппированном бугорковом сифилиде язва:

1. С некротическим стержнем на дне

2. Округлой формы с плотными валикообразными краями

3. Образует плотный звездчатый рубец

4. Всё перечисленное не верно

5. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное не верно (выбор 4). Сгруппированный бугорковый сифилид локализуется на коже разгибательных поверхностей конечностей, носа, лба, в области лопаток, поясницы. Бугорки располагаются близко, фокусно, не сливаются и находятся на разных стадиях развития. Они могут рассасываться или изъязвляться, образуя впоследствии рубцовую атрофию. Вследствие неодинакового возраста и глубины залегания бугорков отдельные рубцы отличаются по цвету и форме поверхности, между ними располагаются участки непоражённой кожи («мозаичный рубец»). Округлая язва с плотными валикообразными краями (выбор 2) и некротическим стержнем (выбор 1) характерна для гуммозного сифилида. Язва выполнена грануляциями, рубцуется. Рубец плотный, глубокий, звездчатый (выбор 3).

19. Сифилитические гуммы чаще поражают:

1. Голени и верхние конечности

2. Волосистую часть головы

3. Кожу спины

4. Всё перечисленное не верно

3. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: голени и верхние конечности (выбор 1). Сифилитические гуммы являются признаком третичного сифилиса и в настоящее время встречаются редко. Гуммы преимущественно

располагаются на конечностях и значительно реже в других областях (выбор 2 и 3).

20. Укажите клинические формы гуммозного сифилида:

1. Гуммозный инфильтрат
2. Фиброзные гуммы (околосуставные узловатости)
3. Изолированные гуммы
4. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5). К гуммозным сифилидам относят все перечисленные формы. Изолированные гуммы (выбор 4) возникают в подкожной клетчатке и представляют собой плотноэластические, четко отграниченные, безболезненные, не спаянные с кожей шаровидные узлы, которые увеличиваются, спаиваются с окружающей кожей и размягчаются. В центре гуммы появляется флюктуация, узел вскрывается с выделением клейкой жидкости грязножелтого цвета. Фиброзные гуммы (выбор 2) образуются вследствие замещения гуммозного инфильтрата соединительной тканью с последующей её фиброзированием и отложением в этих очагах солей кальция. Фиброзные гуммы (обычно одиночные) чаще локализуются на передней и задней поверхности локтевых суставов в виде подвижных безболезненных образований полушаровидной формы, которые не изъязвляются. Гуммозные инфильтраты (выбор 1) возникают вследствие слияния нескольких гумм или самостоятельно.

21. Укажите признаки фиброзных гумм.

1. Локализуются на передней и задней поверхности суставов
2. Являются результатом перерождения сифилитической гуммы
3. Сопровождаются регионарным лимфаденитом
4. Верно 1 и 2

Правильный ответ: верно 1. и 2 (выбор 4). Фиброзные гуммы образуются вследствие перерождения гумм (выбор 2), чаще локализуются на передней и задней поверхности суставов (выбор 1), регионарный лимфаденит не характерен (выбор 3).

22. Гуммозный сифилид дифференцируют:

1. С псориазом
2. Лепрой
3. Алопецией
4. Пузырчаткой

Правильный ответ: с лепрой (выбор 2). При лепроматозной лепре узлы имеют застойно-красный цвет с бурым оттенком, блестящую поверхность, редко распадаются. Выявляется нарушение температурной, болевой,

тактильной чувствительности, поражение периферических нервов (стволовые невриты, «львиное лицо» и др.). Обнаружение микобактерий лепры в микропрепаратах из специфических инфильтратов при гистологическом исследовании помогает подтвердить диагноз. При псориазе (выбор 1) первичным морфологическим элементом является папула. При алопеции (выбор 3) наблюдается выпадение волос в виде ограниченных очагов или диффузно (РВ отрицательная). Первичных элементов при этом на коже не возникает. При истинной пузырчатке (выбор 4) первичным морфологическим элементом является внутриэпидермальный пузырь (симптом Никольского положительный).

23. К нетрепонемным тестам относят все перечисленные, кроме:

1. RPR
2. Микрореакции преципитации
3. VDRL
4. РИТ

Правильный ответ: РИТ (выбор 3) - реакция иммобилизации бледных трепонем - самый специфичный тест на сифилис, позволяющий исключать ложноположительные реакции. Нетрепонемные тесты позволяют обнаружить в тестируемой сыворотке обследуемого антитела, реагирующие с кардиолипин-лецитиновым антигеном. Тест RPR (выбор 1) - тест быстрых плазменных реагинов (Rapid Plasma Reagins); его оценивают визуально из-за наличия окрашенных веществ в приготовленном антигене. В отечественной практике применяется микрореакция преципитации (выбор 2) с плазмой и инактивированной сывороткой (МПИ). VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) - нетрепонемный тест с микроскопическим считыванием реакции (выбор 3). Если в сыворотке обследуемого присутствуют антитела к кардиолипину, то образуются агрегаты в виде коротких стержневидных структур, видимых под микроскопом.

Гонорея

1. Гонорея у мужчин классифицируется по следующим критериям:

1. Давности заболевания
2. Степени выраженности клинических симптомов
3. Топографии поражения
4. Всем перечисленным

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 4). По давности заболевания от момента заражения (выбор 1) выделяют свежую (до 2 месяцев) и хроническую (более 2 месяцев) гонорею. В зависимости от степени выраженности клинических симптомов (выбор 2) различают свежую

острую, подострую и торпидную гонорею. Топический диагноз (выбор 3) указывает на локализацию гонорейного воспалительного процесса (уретрит передний, уретрит задний, простатит и др.).

2. Укажите правильное высказывание:

1. Пенициллин является высокоэффективным антибиотиком для лечения гонореи
2. Пенициллин является препаратом выбора для лечения сочетанной гонорейно-трихомонадной инфекции
3. Рифампицин является препаратом выбора для лечения гонореи
4. Антибиотики группы макролидов являются высокоэффективными препаратами для лечения неосложненной гонореи у беременных женщин
5. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: антибиотики группы макролидов являются высокоэффективными препаратами для лечения неосложненной гонореи у беременных женщин (выбор 4), так как данные препараты не только обладают специфическим бактерицидным действием, но и не оказывают побочного действия на плод. Высказывание «Пенициллин является высокоэффективным антибиотиком при лечении гонореи» (выбор 1) - не является правильным, так как известно, что чувствительность гонококков к пенициллину резко снизилась в результате появления штаммов этих микроорганизмов, обладающих пенициллиназной активностью (разрушающих пенициллин). Высказывание «Рифампицин является препаратом выбора для лечения гонореи» (выбор 3) является неверным, т.к. рифампицин является антибактериальным средством выбора в терапии лепры и туберкулёзной инфекции. Пенициллин не эффективен при трихомонадной инфекции (выбор 2), так как не обладает протистоцидным действием.

3. Укажите возможные клинические проявления гонококковой инфекции:

1. Уретрит
2. Цервицит
3. Конъюнктивит
4. Проктит
5. Всё перечисленное верно.

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 5), так как гонококк имеет тропность к цилиндрическому эпителию уретры (выбор 1), цервикального канала шейки матки (выбор 2) и эпителия глаз (выбор 3), а также к эпителию нижней части прямой кишки (выбор 4).

4. Реинфекция при гонорее возникает в результате:

1. Применения пенициллина
2. Стерилизации инфицированного гонококками инструментария
3. Регулярной обработки гинекологического кресла дезрастворами
4. Повторного заражения

Правильный ответ: повторного заражения (выбор 4). После лечения пенициллином (выбор 1) может развиваться рецидив заболевания, так как гонококки вырабатывают фермент пенициллиназу, который разрушает пенициллин. Гонококк погибает при высоких температурах (выбор 2) и при регулярной обработке дезрастворами гинекологического кресла после осмотра каждой женщины (выбор 3).

5. Укажите причины незавершённого фагоцитоза при гонорее:

1. Ассоциация гонококка с уреаплазмами
2. Гиперпродукция гонококками эндотоксина
3. Одновременное сочетание гонококковой и трихомонадной инфекций
4. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 4), так как при ассоциации гонококка с уреаплазмами (выбор 1) происходит гиперпродукция полисахаридов и липопропротеидов в наружной стенке гонококка. Гиперпродукция гонококками эндотоксина (выбор 2) приводит к повреждению (лизису) полинуклеаров. сочетание инфекций (выбор 3) приводит не только к повреждению лейкоцитов, но и к развитию эндоцитобиоза (влагалищные трихомонады фагоцитируют гонококки).

6. Лабораторная диагностика гонореи включает:

1. Окрашивание патологического материала метиленовым синим
2. Окрашивание патологического материала по методу Грама
4. Посев патологического материала на питательную среду
5. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 4); окраска препарата метиленовым синим (выбор 1) и по методу Грама (выбор 2) позволяет выделить в патологическом отделяемом типичные формы возбудителя. Посев на питательную среду (выбор 3) позволяет выделить гонококки с измененными морфологическими свойствами при хронических и торпидных формах.

7. Укажите виды провокаций, применяемых для диагностики гонореи:

1. Механическая
2. Биологическая
3. Термическая

4. Алиментарная
5. Все перечисленное

Правильный ответ: верно все перечисленное (выбор 5). Механическая (выбор 1) провокация проводится введением в уретру бужа на 10 минут. Биологическая провокация (выбор 2) — пациенту вводят внутримышечно 200 мл микробных тел гонококков или 10 мкг пирогенала. Для термической провокации (выбор 3) применяют прогревание половых органов индуктотермическим током. Алиментарная провокация (выбор 4) вызывается солёной, острой пищей, раздражающей слизистую оболочку мочевого пузыря.

8. К критериям излеченности гонорейного уретрита у мужчин относят:

1. Стойкое отсутствие гонококков при микроскопическом и бактериологическом исследовании материала из уретры
2. Отсутствие пальпаторных изменений в предстательной железе
3. Отсутствие воспалительных изменений при уретроскопии
4. Ничего из перечисленного
5. Верно все перечисленное

Правильный ответ: верно все перечисленное (выбор 5). Излеченность определяется через 7-10 дней после окончания всех видов лечения. При отсутствии клинических симптомов и гонококков в мазке из уретры проводят комбинированную провокацию с последующей микроскопией мазков ежедневно в течение трёх дней. Следующий контроль назначают через 1 месяц. После комбинированной провокации проводят трёхкратное клиническое и микроскопическое исследование отделяемого из уретры через 24, 48 и 72 часа, и культуральное исследование материала из уретры через 72 часа (выбор 1). Уретроскопия (выбор 3) и микроскопическое исследование секрета предстательной железы (выбор 2) выполняются в случае поражения задней уретры. При отсутствии клинических и микроскопических признаков гонококковой инфекции больной снимается с учета.

9. К критериям излеченности гонореи у женщин относят:

1. Отсутствие гонококков при исследовании материала из уретры, канала шейки матки и прямой кишки
2. Благоприятные результаты клинического и лабораторного обследования пациентки в течение 2-3 менструальных циклов
3. Отсутствие болей и пальпаторных изменений матки и придатков, дисменореи
4. Всё перечисленное верно

Правильный ответ: верно все перечисленное (выбор 4). Излеченность определяют через 7-10 дней после окончания лечения. При отсутствии

гонококков в материале из уретры, цервикального канала и промывных водах ампулы прямой кишки (выбор 1) проводят провокацию. Во время очередной менструации снова берут мазки, а после ее окончания повторяют провокацию с исследованием отделяемого уретры, шейки матки, прямой кишки в течение 3 дней. Такие исследования повторяют в течение 2-х, а у лиц декретированных контингентов - 3-х менструальных циклов (выбор 2). Проводят бимануальное исследование матки и придатков (выбор 3). В случае острой гонорей пациентка находится под наблюдением врача 2 месяца, при хронической форме заболевания - 3 месяца.

10. Укажите осложнение гонорей, не характерное для мужчин:

1. Стриктуры уретры
2. Эпидидимит
3. Колликулит
4. Баланопостит
5. Эндоцервицит

Правильный ответ: эндоцервицит (выбор 5) - воспаление шеечного канала матки - наиболее частое проявление гонококковой инфекции у женщин, которое сочетается с цервицитом и характеризуется слизисто-гнойным отделяемым из канала шейки матки. При этом влагалищная часть шейки матки отечна и гиперемирована, вокруг наружного зева - эрозии в виде красного венчика. Стриктура (сужение) уретры (выбор 1) - осложнение гонорейного уретрита у мужчин, клинически проявляющееся затрудненным мочеиспусканием. Эпидидимит (выбор 2) - осложнение гонорей у мужчин, характеризуется поражением придатка яичка. Клинически проявляется нарушением общего состояния, повышением температуры тела, отеком, болями в области пораженного придатка. В результате рубцевания протоков двухсторонний эпидидимит может закончиться бесплодием. Одновременно с эпидидимитом наблюдается деферентит (поражение семявыносящего протока) и фуникулит (поражение семенного канатика). Колликулит (выбор 3) - поражение семенного бугорка, характеризуется проявлениями заднего уретрита: частыми позывами к мочеиспусканию, терминальной гематурией. Баланопостит (выбор 4) - поражение головки и внутреннего листка крайней плоти полового члена.

11. К восходящей гонорее мочеполовых органов относятся:

1. Бартолинит
2. Уретрит
3. Эндоцервицит
4. Эндометрит
5. Все перечисленное

Правильный ответ: эндометрит (выбор 5) - воспаление слизистой оболочки полости матки. При остром течении гонорейного эндометрита нарушается общее состояние, повышается температура, наблюдается лейкоцитоз, появляются боли внизу живота, слизисто - гнойные или кровянистые выделения из цервикального канала. При хроническом процессе острые проявления заболевания отсутствуют, однако может нарушаться менструальный цикл, возникает болезненность матки при половом сношении. К восходящей гонорее относят: сальпингит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит. Бартолинит (выбор 1), уретрит (выбор 2), эндоцервицит (выбор 3) - проявления гонореи нижних мочеполовых путей. Бартолинит - воспаление больших вестибулярных желез, клинически проявляется гиперемией в устье протока железы, при закупорке которой может наблюдаться болезненный инфильтрат. При надавливании на железу из устья выделяется капля гноя. Уретрит (воспаление уретры) характеризуется зудом и жжением в области уретры, болью в начале мочеиспускания. При пальпации уретра болезненная. Эндоцервицит (воспаление шейки матки и слизистой оболочки канала шейки) характеризуется отеком шейки матки, серозно - гнойным или гнойным отделяемым из цервикального канала. Шейка матки отечна, гиперемирована, эрозирована. Классификация гонореи у женщин на гонорею нисходящую и восходящую имеет практическое значение в плане тактики лечения и прогноза заболевания. Восходящая гонорея у женщин может закончиться вторичным бесплодием.

12. Какие проявления гонореи редко встречаются у девочек?

1. Эндометрит, сальпингит
2. Уретрит
3. Вульвовагинит
4. Бартолинит
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: эндометрит и сальпингит (выбор 1). Эндометрит и сальпингит относятся к восходящей гонорее, что у девочек до наступления менархе встречается редко. Уретрит (выбор 2), вульвовагинит (выбор 3) и бартолинит (выбор 4) являются клиническими проявлениями гонорейной инфекции у девочек до наступления менархе.

Негонорейные уретриты

1. У человека паразитируют:
1. Только один вид трихомонад
 2. Только два вида трихомонад
 3. Три вида трихомонад

4. Все перечисленное не верно.

Правильный ответ: три вида трихомонад (выбор 3). В ротовой полости - *Trichomonas tenax*, в желудочно-кишечном тракте - *Trichomonas hominis* и в мочеполовом тракте - *Trichomonas vaginalis*.

2. Укажите признак, не характерный для заднего уретрита:

1. Терминальная гематурия
2. Гемоспермия
3. Мутная моча во всех порциях
4. Кавернит
5. Частые позывы к мочеиспусканию

Правильный ответ: кавернит (выбор 4). Кавернит возникает в результате проникновения гонококков в кавернозное тело уретры и клинически проявляется болезненными эрекциями с искривлением полового члена кпереди. Гемоспермия (выбор 2), терминальная гематурия (выбор 1), мутная во всех порциях моча (выбор 3), частые позывы к мочеиспусканию (выбор 5) являются характерными признаками заднего уретрита.

3. Полный цикл развития хламидий длится:

1. 3 — 4 часа
2. 6 часов
3. 24 часа
4. 48 - 72 часа
5. 72 - 96 часов

Правильный ответ: 48 - 72 часа (выбор 4). Жизненный цикл хламидий представлен двумя клеточными формами: метаболически неактивными элементарными тельцами (ЭТ) и вегетативными ретикулярными тельцами (РТ). ЭТ внедряются в клетку хозяина, причем одновременно в клетке может находиться несколько (ЭТ), затем через 6 - 8 часов ЭТ через промежуточные тельца превращаются в РТ, которые делятся бинарно 8 - 12 циклов. Дочерние РТ через промежуточные тельца превращаются в ЭТ нового поколения. ЭТ разрушают клетку и проникают в новые эпителиальные клетки. Лечение антибиотиками эффективно во время нахождения хламидий в стадии ретикулярных телец. При неблагоприятных условиях могут образовываться L - формы хламидий, которые длительно существуют в клетке и передаются при ее делении.

4. Выберите эффективное средство для лечения хламидийного уретрита

1. Цефалексин
2. Тербинафин
3. Азитромицин

4. Бициллин

Правильный ответ: азитромицин (выбор 3). Терапия урогенитального хламидиоза основана на применении препаратов, активных в отношении этого микроорганизма. Этиотропным действием обладают препараты тетрациклины, макролиды, рифампицин, а также некоторые фторхинолоны. Азитромицин при свежем хламидийном уретрите применяется однократно в дозе 1 г за 1 час до еды или через 2 часа после еды, при остальных формах - в первый день 500 мг до еды 4 раза в сутки в течение 7 дней или по 250 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 14 дней. Применяется также схема пульс-терапии азитромицином. Цефалексин (выбор 1) является антибиотиком из группы цефалоспоринов и не применяется для лечения хламидиоза. Тербинафин (выбор 2) является системным антимикотиком. Бициллин (выбор 4) — антибиотик из группы пенициллинов, не обладающий активностью против хламидий.

5. Укажите характерный путь инфицирования при урогенитальном хламидиозе?

1. Половой
2. Трансфузионный
3. Воздушно-капельный
4. Только тесный бытовой контакт
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: половой (выбор 1). Механизм передачи инфекции реализуется при генитально-генитальных, генитально-анальных и генитально-оральных контактах. Внеполовые (выбор 2, 3, 4) пути передачи инфекции через загрязненное белье, руки существенного эпидемиологического значения не имеет.

6. Зрелой формой хламидий, адаптированной к внеклеточному существованию, является:

1. Элементарное тело
2. Ретикулярное тело
3. Все перечисленное верно
4. Все перечисленное неверно

Правильный ответ: элементарное тело (выбор 1) - внеклеточные неподвижные сферические организмы, которые ответственны за процесс прикрепления к клетке-мишени и проникновения в нее. Ретикулярные тела (выбор 2) - большие метаболически активные тельца, синтезирующие ДНК, РНК и белки. Это внутриклеточная форма существования паразита, которая лабильна вне клеток хозяина и является формой обеспечения репродукции микроорганизма.

7. В настоящее время патогенными для человека являются:

1. *Mycoplasma hominis*
2. *Mycoplasma genitalium*
3. *Mycoplasma urealiticum*
4. *Mycoplasma pneumoniae*
5. Все перечисленное верно.

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5). В соответствии с постулатами Коха, для человека патогенны все четыре штамма микоплазм. *Mycoplasma pneumoniae* (выбор 4) является возбудителем респираторной инфекции, *Mycoplasma hominis* (выбор 1), *Mycoplasma urealiticum* (выбор 3), *Mycoplasma genitalium* (выбор 2) - возбудители инфекций мочеполового тракта. Широкое распространение микоплазм у практически здоровых людей затрудняет решение вопроса о патологической роли этого микроорганизма. Одни авторы относят их к абсолютным патогенам, другие - к комменсалам уrogenитального тракта, способными при определенных условиях вызывать инфекционно-воспалительные процессы в ассоциации с другими микроорганизмами.

8. Для идентификации уrogenитальных микоплазм не используется:

1. Бактериологический метод
2. Серологический метод
3. Полимеразная цепная реакция
4. Спинномозговая пункция
5. Метод генетических зондов

Правильный ответ: спинномозговая пункция (выбор 4), так как микоплазмоз не является нейротропной инфекцией. Бактериологический метод (выбор 1) основан на применении среды, в состав которой входит гидролизат сердечной мышцы крупного рогатого скота, лошадиная сыворотка и дрожжевой экстракт. Для подавления роста других бактерий в среду добавляют пенициллин. В последние годы появились специальные тест-системы, определяющие не только наличие возбудителя, но и его концентрацию. Серологические реакции (выбор 2) рекомендуются использовать при массовых обследованиях населения и для подтверждения клинического диагноза. Однако их выполнение затруднено в связи с наличием большого количества серотипов данного возбудителя. В настоящее время одним из общедоступных диагностикумов является «МикрогомоСкрин (Г+М)» - для выявления иммуноглобулинов М и G методом ИФА. Четырехкратное нарастание титра антител в динамике свидетельствует об инфекционном процессе. Новый метод генетических зондов (выбор 5) основан на применении зондов трех классов - из фрагментов РНК, ДНК или

плазмид. Метод ПЦР (выбор 3) относится к методам ДНК- диагностики и основан на распознавании нуклеотидов в генах искомым микроорганизмов. Он является наиболее чувствительным и может применяться для определения вида возбудителя.

9. Лабораторная диагностика урогенитального кандидоза включает следующие виды исследования:

1. Микроскопия
2. Культуральная диагностика
3. Серологические реакции
4. Полимеразная цепная реакция
5. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 5). Наиболее доступным исследованием является микроскопическое (выбор 1), при котором обнаруживаются скопления дрожжеподобных грибов и псевдомицелия. Дрожжеподобные грибы хорошо окрашиваются обычными методами. Культуральная диагностика (выбор 2) имеет решающее значение в постановке диагноза. Для посева используют жидкие и твердые питательные среды с углеводами. Среди серологических реакций (выбор 3) наиболее распространены РА, РСК, РП, РПГА. Метод ПЦР (выбор 4) позволяет определить не только возбудителя, но и его вид.

10. Дрожжеподобные грибы имеют следующие особенности:

1. Хорошо окрашиваются анилиновыми красителями
2. Плохо окрашиваются анилиновыми красителями
3. Не окрашиваются совсем
4. Все перечисленное не верно

Правильный ответ: хорошо окрашиваются анилиновыми красителями (выбор 1). Применяются методы окраски по Романовскому-Гимзе, Граму, Боголепову, Циль-Нельсену. При окраске по Граму грибы темнофиолетовые или окрашены неравномерно, по Циль-Нельсену - имеют синий цвет с розово-желтой зернистостью, включениями липидов, при окраске по Романовскому-Гимзе видны розовато-фиолетовые клетки дрожжеподобных грибов.

11. Чем вызывается болезнь Рейтера?

1. Микоплазмами
2. Трихомонадами
3. Хламидиями
4. Все перечисленное верно

Правильный ответ: всё перечисленное верно (выбор 4). Болезнь Рейтера представляет собой системное заболевание инфекционно-аллергической природы, которое, как правило, возникает вследствие инфицирования половым путем у лиц с генетической предрасположенностью, а также у переболевших неспецифическим уретритом, дизентерией, иерсинеозом. Хламидии (выбор 3) наиболее часто являются причиной развития болезни Рейтера. Микоплазмы (выбор 1) и трихомонады (выбор 2) редко вызывают системное поражение.

12. Какие из перечисленных состояний не являются признаками болезни Рейтера?

1. Поражение мочеполовых органов
2. Поражение глаз
3. Поражение волос
4. Поражение суставов
5. Поражение кожи и слизистых

Правильный ответ: поражение волос (выбор 3). Данный симптом не встречается при болезни Рейтера. Поражение мочеполовой системы (выбор 1) может протекать в виде уретропростатита у мужчин и в виде цервицита и аднексита у женщин. Поражение глаз (выбор 2) чаще протекает в виде конъюнктивита. Поражение суставов (выбор 4) происходит по типу асимметричного реактивного артрита, и является самой частой суставной патологией у молодых мужчин. Поражение кожи и слизистых (выбор 5) может протекать в различных формах: встречаются кольцевидный баланопостит, кератодермия ладоней и подошв, изменения ногтей, псориазиформные высыпания.

13. Какой признак не характерен для трихомонад?

1. Способность сохранять вирулентность при действии высоких температур
2. Способность расти на анаэробных средах
3. Способность повторять рельеф эпителиальной клетки
4. Заразительность при половом контакте.

Правильный ответ: способность сохранять вирулентность при действии высоких температур (выбор 1). Трихомонады неустойчивы во внешней среде: они погибают при высушивании за несколько секунд, губительное действие на них оказывает температура выше 40 градусов, прямые солнечные лучи, замораживание, антисептики. Они способны расти на анаэробных средах (выбор 2), оптимум роста наблюдается при рН среды 5,5-7,5 и температуре 35-37. Трихомонады способны повторять рельеф эпителиальной клетки, на которой они паразитируют (выбор 3), а также проникать в узкие щели между

клетками и инвагинировать в клетку хозяина. При половом контакте трихомонады, попадая в уретру, фиксируются на клетках плоского эпителия слизистой оболочки, проникают в железы мочеиспускательного канала и лакуны, вызывая клинические симптомы трихомониаза (выбор 4).

14. Какой фактор не является патогенетическим при трихомониазе?

1. Интенсивность инфекционного воздействия
2. pH влагалищного секрета
3. Физиологическое состояние эпителия
4. Образование цист

Правильный ответ: образование цист (выбор 4). Трихомонады не образуют цист или каких-либо других форм устойчивости, обеспечивающих их развитие вне человеческого организма. Клинические проявления зависят от интенсивности инфекционного воздействия (выбор 1). При проникновении небольшого количества возбудителя воспалительная реакция не развивается или развивается незначительно. При массовом проникновении она увеличивается. pH влагалищного секрета (выбор 2) имеет важное значение, поскольку оптимум среды для трихомонад отмечается при pH 5,5-7,5, поэтому ощелачивание среды влагалища или уретры приводит к размножению трихомонад. Физиологическое состояние эпителия (выбор 3) имеет важное значение, поскольку клетки микроорганизма прикрепляются к эпителию, и его повреждение ведет к более массивной инвазии возбудителя.

15. Какой метод не применяется для диагностики генитального герпеса?

1. Вирусологический
2. ПЦР
3. Микроскопический
4. Выявление антигенов ВПГ

Правильный ответ: микроскопический метод (выбор 3). При микроскопическом исследовании невозможно идентифицировать вирусы. Вирусологические методы (выбор 1) являются «золотым стандартом» в диагностике герпетической инфекции. Чувствительность этих методов - 80-100%, специфичность - 100%. Используют следующие методы: заражение клеточных культур, заражение 12-13 дневных куриных эмбрионов, заражение экспериментальных животных. Молекулярно-генетическая диагностика (ПЦР) (выбор 2) является новейшим методом быстрой диагностики генитального герпеса. Метод высокочувствителен (95%) и специфичен (90-100%). Метод выявления антигенов ВПГ (выбор 4) является прямым доказательством активной репликации вируса, и, следовательно, однозначно подтверждает этиологию заболевания.

16. Какие состояния относят к кандидозному уретриту?

1. Кандидоносительство
2. Острый кандидозный уретрит
3. Хронический кандидозный уретрит
4. Все перечисленное верно

Правильный ответ: все перечисленное верно (выбор 4). Под кандидоносительством (выбор 1) понимают полное отсутствие клинических признаков кандидоза на фоне постоянного обнаружения псевдомицелия и иногда - почкующихся клеток. Кандидоносители являются источниками заражения половых партнеров, а также новорожденных при родоразрешении. Острый и хронический кандидозный уретриты (выбор 2 и 3) различаются по продолжительности течения и по степени выраженности клинических проявлений.

17. Какие из перечисленных симптомов не описывают клинику кандидозного уретрита?

1. Творожистые комочки вокруг губок уретры
2. Баланопостит
3. Гиперемированная слизистая уретры
4. Сгруппированные мелкие везикулы на гиперемированом фоне.

Правильный ответ: сгруппированные мелкие везикулы на гиперемированом фоне (выбор 4). Описанные клинические проявления характерны для герпетической инфекции. Творожистые комочки вокруг губок уретры (выбор 1), гиперемия кожи головки полового члена различной степени выраженности (баланит) и внутреннего листка крайней плоти (постит) (выбор 2), гиперемия слизистой уретры (определяется при уретроскопии) (выбор 3) являются признаками кандидозного уретрита, который может сочетаться с кандидозным баланопоститом.

4. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

Основная литература

1. Дерматовенерология. Национальное руководство [Электронный ресурс]: краткое издание / под ред. Ю.С. Бутова, Ю.К. Скрипкина, О.Л. Иванова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 896 с. - ЭБС «Консультант врача» - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457085.html>
2. Дерматовенерология [Электронный ресурс]: руководство / Ю. С. Бутов, Н. Н. Потекаев [и др.] - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 640 с. - ЭБС «Консультант врача» - Режим доступа: URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440780.html>
3. Платонова, А.Н. Дерматовенерология [Электронный ресурс]: атлас / А.Н. Платонова, А.Л. Бакулев, С.Р. Утц. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 136 с. - ЭБС «Консультант врача» - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440858.html>

Дополнительная литература

1. Кисина, В.И. Инфекции, передаваемые половым путем [Электронный ресурс]: руководство / Кисина В.И., Гушин А.Е., Забиров К.И. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ЭБС «Консультант врача» - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453322.html>
2. Венерические болезни и дерматозы аногенитальной области [Электронный ресурс]: иллюстрированное руководство для врачей / Д.В. Заславский, А.А. Сыдинов, А.М. Иванов, Р.А. Насыров. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 640 с. - ЭБС «Консультант врача» - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453803.html>
3. Поражения кожи при болезнях внутренних органов [Электронный ресурс]: иллюстрированное руководство для врачей / И.П. Левчук, С.Л. Соков, А.В. Курочка, А.П. Назаров. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 352 с. - ЭБС «Консультант врача» - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453797.html>
4. Кисина, В. И. Ведение больных инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс]: руководство / В.И. Кисина, К.И. Забиров, А.Е. Гушин; под ред. В.И. Кисиной. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 256 с. - ЭБС «Консультант врача» - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442104.html>
5. Альбанова, В.И. Угри [Электронный ресурс]: учебное пособие для врачей / В.И. Альбанова, О.В. Забненкова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 240 с. - ЭБС «Консультант врача» - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438442.html>
6. Круглова, Л.С. Физиотерапия в дерматологии [Электронный ресурс] / Круглова Л.С. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 304 с. - ЭБС «Консультант врача» - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439180.html>
7. Владимиров, В.В. Кожные и венерические болезни. Атлас [Электронный ресурс]: учебное пособие / В.В. Владимиров. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 232 с. - ЭБС «Консультант врача» - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435465.html>
8. Альбанова, В.И. Атопический дерматит [Электронный ресурс] / Альбанова В.И., Пампура А.Н. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 128 с. - ЭБС «Консультант врача» - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437780.html>
9. Потекаев, Н.Н. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней [Электронный ресурс] / Н.Н. Потекаев, В.Г. Акимов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 456 с. - ЭБС «Консультант врача» - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435557.html>
10. Дерматологический атлас [Электронный ресурс] / под ред. О.Ю. Олисовой, Н.П. Теплюк. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с. - ЭБС «Консультант врача» -

Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434826.html>

11. Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с. - ЭБС «Консультант врача» - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>

12. Инфекции, передающиеся половым путем [Электронный ресурс]: клинические лекции / под ред. В. Н. Прилепской. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160 с. - ЭБС «Консультант врача» - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427521.html>

Информационно-телекоммуникационные ресурсы сети «Интернет»

1. Образовательный портал ФГБОУ ВО «МГТУ» - <https://mkgtu.ru/>
2. Официальный сайт Правительства Российской Федерации - <http://www.government.ru>
3. Информационно-правовой портал «Гарант» - <http://www.garant.ru/>
4. Научная электронная библиотека www.eLIBRARY.RU - <http://elibrarv.ru/>
5. Электронный каталог библиотеки - <http://lib.mkgtu.ru:8004/catalog/foI2;>
6. Единое окно доступа к образовательным ресурсам - <http://window.edu.ru/>
7. Федеральная электронная медицинская библиотека - <http://www.femb.ru/>
8. Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России - <https://www.edu.rosminzdrav.ru/>
9. Социальная сеть для врачей - <https://vrachivmeste.ru/>
10. Лучшие медицинские сайты: Режим доступа: <https://links-med.narod.ru/>

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|-----|
| Введение | 3 |
| 1. Общая дерматовенерология | 9 |
| 2. Частная дерматология | 17 |
| 3. Инфекции, передаваемые половым путем | 113 |
| 4. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины | 186 |