Федеральное государственное образовательное учреждение

высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО

им.проф. В.И. Прохоренкова

**ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ**

Сборник ситуационных задач с эталонами ответов для ординаторов, обучающихся по специальности

31.08.32 Дерматовенерология

Красноярск

2018

УДК

ББК

Д

Составители: д-р мед. наук Ю.В. Карачева, канд. мед. наук,

доц. Т.А. Яковлева.

**Рецензенты:** зав. каф. инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО д-р мед. наук, проф. Тихонова Е.П., доц. каф. терапии канд. мед. наук Филимонова Л.А. ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.

Составители: д.м.н. Карачева Ю.В.;

к.м.н., доц. Яковлева Т.А.

**Дерматовенерология** :сб. ситуац. задач с эталонами ответов для клинических ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.32 Дерматовенерология /

сост. Ю.В. Карачева, Т.А. Яковлева. –

Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – 183с.

Ситуационные задачи с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (2014) по специальности 31.08.32 Дерматовенерология; адаптированы к образовательным технологиям с учетом специфики обучения по специальности 31.08.32 Дерматовенерология.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.)

УДК

ББК

Ситуационные задачи

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Оценочные средства | Эталон ответа | Уровень применения | Код формируемой компетенции |
| 01 | В родильном доме у новорожденного на коже туловища, верхних и нижних конечностей пузыри размером с горошину и вишню. Содержимое пузырей серозно-гнойное. По периферии пузыри окружены ярко-красным венчиком. Температура тела 39 С. У матери ребенка гнойный мастит.     1. Поставьте диагноз. 2. Дайте определение заболеванию. 3. Эпидемиология заболевания. 4. Проведите дифференциальную диагностику. 5. Возможные осложнения. | 1. Эпидемическая пузырчатка новорожденных (пиококковый пемфигоид).  2.Эпидемическая пузырчатка новорожденных (пиококковый пемфигоид) - поверхностное гнойное поражение кожи, вызываемое стафилококком.  3.Стафилококковая инфекция проявляется на 3-5-й день жизни, реже на 8-15-й день после рождения. Заболевание очень контагиозно. Источником инфекции для детей могут быть больной медицинский персонал, больная мать,инфекцияможет передаваться также через предметы ухода. У детей обычно обнаруживаются изменения в области пупочной ранки (фунгус, омфалит).  4.Пиококковый пемфигус следует дифференцировать с десквамативной эритродермией Лейнера-Муссу, сифилитической пузырчаткой и врожденным буллезным эпидермолизом.  5.Отит, пневмония, сепсис, стафилококковый энтероколит с парезом кишечника. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 02 | На прием к детскому дерматологу обратилась мать с грудным ребенком. У ребенка на животе и лице парные везикулезные элементы, кровянистые и гнойные корочки, экскориации. пустулы, окруженные воспалительным венчиком.  У матери отмечаются подобные высыпания и зуд.   1. Поставьте диагноз. 2. Особенности клинических проявлений заболевания у детей. 3. Какие симптомы характерны для данного заболевания? 4. Какое заболевание называют псевдосаркоптозом? 5. Особенности лечения заболевания у детей. | 1.Распространенная чесотка, осложненная пиодермией.  **2.**  Локализация сыпи на не типичных участках кожи (лицо, волосистая часть головы, ладони и подошвы), поражение ногтевых пластинок, частое осложнение пиодермией и дерматитом, наличие пемфигоидных элементов сыпи  **3. Арди** - наличие пустул и гнойных корочек на локтях и в их окружности.  **Горчакова** - наличие там же кровянистых корочек.  **Михаэлиса** - наличие кровянистых корочек и импетигинозных высыпаний в межъягодичной складке с переходом на крестец.  Сезари - обнаружение чесоточных ходов в виде легкого возвышения при их пальпации.  **4.** Псевдосаркоптозом называют заболевание, возникающее у человека при заражении антропонозными клещами от животных. От человека к человеку заболевание не передается. При устранении источника может наступить самоизлечение.  5. Втираниемази в кожу ребенка проводит мать или другое ухаживающее за ним лицо. Обязательно втирать препарат во все участки кожного покрова, даже в случае ограниченного поражения, исключая кожу в области лица и волосистой части головы. Во избежание попадания препарата в глаза при прикасаниик ним руками, маленьким детям надевают распашонку (рубашку) с зашитыми рукавами или варежки (рукавички); можно наносить препарат во время сна ребенка. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 03 | Больной в течение трех лет, отмечает появление единичных болезненных узлов в области спины и груди, сопровождающихся повышением температуры тела, общей слабостью. Диагностировали фурункулы. Была назначена антибактериальная терапия, физиолечение. Эффекта от лечения не отмечал. Из сопутствующих заболеваний - сахарный диабет.  При осмотре на туловище и конечностях, 5 ограниченных плотных узлов багрово-красного цвета, болезненных при пальпации. У двух узлов в центре отчетливо виден некротический стержень с гнойным отделяемым.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию  3. Ключевые звенья патогенеза заболевания.  4. Составьте алгоритм обследования больной  5. Рекомендации больному после курса терапии. | 1.Фурункулез.  Фурункулез – хроническая рецидивирующая стафилодермия.  2. Возбудителем инфекции является стафилококк. Исследования последних лет показали, что в основе хронической пиодермии лежит иммунодефицитное состояние. Изменения в основном касаются состояния специфических и неспецифических компонентов клеточного звена иммунитета.  3. Общий анализ крови.  Общий анализ мочи.  - Биохимический анализ крови:общий белок, общий билирубин, АЛТ, ACT, ЩФ, креатинин, мочевина, глюкоза.  - Гистологическое исследование биоптата кожи(в сомнительных случаях).  - Исследование показателей иммунологического статуса.  - Микробиологическое выделение и идентификация микробной флоры кожи с определением чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам.  4. Лечение выявленных сопутствующих заболеваний (сахарного диабета),  полноценная диета, богатая витаминами, противорецидивное лечение. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 04 | Больного беспокоят высыпания на лице и трещины в углах рта, зуд, слюнотечение. На коже лица вялые пузырьки, медово – желтые корочки, эрозии; в углах рта – линейные трещины.  При осмотре полости рта больного обнаружены кариозные зубы.  1. Поставьте диагноз  2. Особенности развития воспалительного процесса в очаге инфекции.  3. Эпидемиология заболевания.  4. Составьте алгоритм обследования больного.  5. Особенности режима больного. | * 1. Стрептоткокковое импетиго.   2. Клинические особенности стрептококкового воспалительного процесса - вяло текущий воспалительный процесс с резким отеком ткани и быстрым образованием в очаге инфекции пузырька, окруженного гиперемией; раннее развитие лимфангоитов и лимфаденитов, часто с бурной общей реакцией – высокой температурой тела, головной болью, изменениями в крови, с тенденцией к диссеминации процесса.   3. Источником инфекции являются чаще всего лица, больные стрептококковыми заболеваниями кожи и слизистых оболочек (хронический ринит, ангина, скарлатина). Возбудитель передаетсячерез белье, одежду, игрушки, инфицированные руки.   4. Общий анализ крови.   Общий анализ мочи.  Микробиологическое выделение и идентификация микробной флоры кожи с определением чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам.   * 1. При всех формах пиодермий следует избегать мытья водой с мылом очагов поражения. Следует избегать повязок и компрессов, которые способствуют переносу инфекции на здоровые участки кожи. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 05 | Больная во время работы травмировала ногтевую фалангу указательного пальца. На коже валика ногтя появился пузырь с мутным содержимым, который вскрылся.  При осмотре на коже заднего ногтевого валика указательного пальца правой руки дугообразная, огибающая ноготь, мокнущая, красного цвета эрозия. Температура тела 37,6 С. Локтевые лимфатические узлы справа незначительно увеличены, болезненны при пальпации.   1. Поставьте диагноз. 2. Особенности развития воспалительного процесса в очаге инфекции. 3. Принципы терапии заболевания. 4. Возникновение какого осложнения возможно в данном случае? 5. Профилактика заболевания. | * 1. Стрептококковое импетиго (поверхностный панариций).   2. В очаге стрептококковой инфекции из расширенных кровеносных капилляров выходит в окружающую ткань в большом количестве плазма крови. Она вызывает резкий отек вокруг очага с быстрым образованием полости, наполненной серозным экссудатом. Полиморфноядерные нейтрофилы из кровеносных сосудов не выходят, поэтому лейкоцитарной зоны вокруг очагафекции не образуется. Реакция со стороны соединительной ткани небольшая. Коагуляция плазмы, проникшей в ткань, происходит слабо, так как стрептококки менее способны коагулировать плазму. Вместе с тем, фибринолитическое свойство у них выражено значительно сильнее. Блокада лимфатических сосудов при инфекции наступает поздно, только через 2 суток.   3. Антибиотики   Наиболее эффективными и с наименьшим числом побочных реакций являются антибиотики из группы макролидов, линкомицин, а также цефалоспорины I-II поколения; также другие антибиотики, устойчивые к b-лактамазам и обладающие широким спектром действия. Везикулопустулезные элементы сыпи необходимо вскрывать стерильной иглой. Применяют анилиновые красители, кератолитические, кератопластические мази, мази с антибиотиком.   * 1. Поверхностный панариций может превратиться в глубокий.   5. Своевременное антисептическая обработка микротравм, трещин, раневых поверхностей.  Рациональный уход за кожей рук. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 06 | Больного в течение 3-х лет беспокоят гнойнички на подбородке. Из сопутствующих заболеваний отмечает хронический ринит.  Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на коже в области бороды и усов. На фоне инфильтрированной синюшно красной кожи многочисленные мелкие узелки и пустулы, гнойные корки. Волосы в очаге поражения легко извлекаются, не сопровождаясь болезненностью.   1. Поставьте диагноз. 2. Дайте определение заболеванию. 3. Факторы, способствующие развитию заболевания. 4. Принципы этиологического и патогенетического лечения заболевания 5. Выпишите рецепты наружной терапии. | 1. Вульгарный сикоз.  2. Сикоз стафилококковый (вульгарный) - хронически рецидивирующий, диффузный, поверхностный фолликулит (остиофолликулит) с мощной перифолликулярной воспалительной инфильтрацией верхних отделов дермы.  3. Сикозу верхней губы обычно предшествуют явления ринита или упорно рецидивирующие фолликулиты на внутренних поверхностях крыльев носа. Появлению сикоза на коже подмышечных впадин, лобка, шеи нередко предшествуют фурункулы и гидрадениты.  4. Санация очагов фокальной инфекции, лечение висцеральной патологии. Средства, усиливающие иммуногенез. Антибиотики. Наружное лечение.  5. Rp: Ung. Erythromycini 1% 10,0  D.S. Смазывать очаги 2 раза в день.  Rp: Ung. Hentamycini 0,1%-10,0  D.S. Наносить на очаги поражения 2-3 раза в день. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 07 | К врачу обратилась мать с ребенком 4-х лет с жалобами на высыпания на коже лица и трещины в углах рта. Зуд, слюнотечение и болезненность при приеме пищи. Ребенок посещает детский сад. У двух детей в группе детского сада имеются подобные высыпания.  У ребенка на коже щек поверхностные нефолликулярные пустулы, пузыри размером от чечевицы до горошины, серозно-гнойные корочки, эрозии. Процесс локализуется на коже щек, в углах рта. В углах рта трещины с обрывками эпидермиса по периферии.   1. Поставьте диагноз. 2. Эпидемиология заболевания. 3. Составьте алгоритм обследования больного. 4. Особенности режима больного. 5. Составьте план лечения больного. | 1.Стрептококковое импетиго (стрептококковая заеда)  2.Источником инфекции являются чаще всего лица, больные стрептококковыми заболеваниями кожи и слизистых оболочек (хронический ринит, ангина, скарлатина). Возбудитель передаетсячерез белье, одежду, игрушки, инфицированные руки.  3. Общий анализ крови.  Общий анализ мочи.  Микробиологическое выделение и идентификация микробной флоры кожи с определением чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам.  4.Правильный уход за здоровой и больной кожей. При всех формах пиодермий следует избегать мытья водой с мылом очагов поражения. Следует избегать повязок и компрессов, которые способствуют переносу инфекции на здоровые участки кожи.  5. Диета с исключением углеводов.  Антибиотики – сумамед 0,125 N6  Антигистаминные препараты – зиртек 0,01  Rp: Tab “Sumamed” 0,125 N6 D.S. внутрь по 1 таблетке 1 раз в день  Rp: Sol. “Zyrtec” 20 ml D.S. Внутрь по 10 капель 1 раз в день  Эрозии обрабатывать водными растворами анилиновых красителей (фукорцин, генцианвиолет, метиленовый синий). | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 08 | В родильном доме у новорожденного на коже туловища, верхних и нижних конечностей пузыри размером с горошину и вишню. Содержимое пузырей серозно-гнойное. По периферии пузыри окружены ярко-красным венчиком. Температура тела 39 С. У матери ребенка гнойный мастит.     1. Поставьте диагноз. 2. Дайте определение заболеванию. 3. Эпидемиология заболевания. 4. Дифференциальная диагностика данного заболевания. 5. Осложнения данного заболевания. | 1. Эпидемическая пузырчатка новорожденных (пиококковый пемфигоид).  2.Эпидемическая пузырчатка новорожденных (пиококковый пемфигоид) - поверхностное гнойное поражение кожи, вызываемое стафилококком.  3.Стафилококковая инфекция проявляется на 3-5-й день жизни, реже на 8-15-й день после рождения. Заболевание очень контагиозно. Источником инфекции для детей могут быть больной медицинский персонал, больная мать,инфекцияможет передаваться также через предметы ухода. У детей обычно обнаруживаются изменения в области пупочной ранки (фунгус, омфалит).  4.Пиококковый пемфигус следует дифференцировать с эксфолиативным дерматитом Риттера, десквамативной эритродермией Лейнера-Муссу, сифилитической пузырчаткой и врожденным буллезным эпидермолизом.  5.Отит, пневмония, сепсис, стафилококковый энтероколит с парезом кишечника и летальным исходом. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 09 | У мальчика 7 лет после приема амоксициллина на сгибательных поверхностях рук, нижних отделов живота, внутренней поверхности бедер появилась мелкоточечная сыпь, петехии. На лице и верхней части туловища диффузная эритема, покрытая мелкими чешуйками. Носогубный треугольник бледный.  Яркая гиперемия слизистой оболочки зева, язык ярко –красный с выступающими сосочками («малиновый язык»). Шейные лимфатические узлы увеличены до 1 – 2 см с двух сторон.  При обследовании. Температура 40,5 С; пульс 130 / мин., АД 100/70 мм.рт.ст., озноб, головная боль, тошнота, рвота.  Число лейкоцитов крови 15,5 х 109 л; доля нейтрофилов составляет 80%.   1. Поставьте диагноз 2. Дайте определение заболеванию 3. Какими морфологическими элементами представлены высыпания на коже? Что наблюдается на коже по мере разрешения высыпаний? 4. С какими дерматозами необходимо провести дифференциальную диагностику? 5. По каким показаниям проводится госпитализация больных с данным заболеванием? | 1. Скарлатина  2.Скарлатина – острое инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, тонзиллитом и сыпью на коже туловища и конечностей.  3. Высыпания представлены пятнами (эритема – сосудистое воспалительное пятно размером более 2см в диаметре, петехии – геморрагические пятна), чешуйками. По мере разрешения высыпаний на коже, особенно на кистях и стопах, наблюдается пластинчатое шелушение.  4.С аллергическими васкулитами кожи, токсикодермией.  5. Госпитализируют больных по эпидемическим или клиническим показаниям. Заболевшего чаще всего изолируют на дому. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 10 | У ребенка 3-х месячного возраста после выписки из роддома на коже туловища стали появляться маленькие пузырьки с прозрачным содержимым, а за тем уплотнения в подкожной клетчатке. На коже шеи, спины и ягодиц высыпания представлены множественными узлами размером от горошины до лесного ореха, резко ограниченными, болезненными, кожа над ними багрово-синюшной окраски. В центре некоторых узлов при пальпации определяется флюктуация и выделяется желто-зеленый гной. Некроз и некротический стержень отсутствует. Температура тела 38,5 С.     1. Поставьте диагноз. 2. Какие факторы способствуют развитию пиодермий у новорожденных и детей грудного возраста? 3. Осложнения данного заболевания. 4. Лечение данного заболевания. 5. Профилактика пиодермий у детей. | 1.Псевдофурункулез Фингера (множественные абсцессы у детей).  2.У новорожденных и детей грудного возраста способствуют возникновению пиодермии анатомофизиологические особенности их кожи: некоторая незаконченность структуры кожи, нежность и рыхлость рогового слоя, непрочность связи эпидермиса с дермой, прямое расположение выводных протоков эккриновых потовых желез и наличие полисахаридного комплекса в них, щелочная среда поверхности кожи, несовершенность процессов терморегуляции, повышенные влажность и абсорбционная способность кожи, лабильность коллоидно-осмотического состояния. Регионарные лимфатические узлы новорожденных недостаточно реагируют на внедрение инфекции, микроорганизмы медленно разрушаются.  3. Отит, пневмония, гнойный менингит; перитонит; возможно развитие флегмоны, остеомиелита, сепсиса.  4. Лечение проводят в стационаре. Антибиотики, имунные препараты, эубиотики, витамины. Наружно применяют анилиновые красители, пасты и мази с антибиотиками.  5. Детей, страдающих всеми формами пиодермий, до полного излечения изолируют от здоровых детей. Обработка мелких травм кожи у ребенка, туалет здоровой кожи с целью предупреждения распространения инфекции.  Систематическое привитие детям санитарно-гигиенических навыков. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 11 | К дерматологу обратилась мать с ребенком 4-х лет с жалобами на появление у ребенка кашля, слезотечения, светобоязни, повышение температуры до 38 С0  При осмотре Пастозность лица, отечность век, резкая гиперемия конъюнктив. Слизистая оболочка зева гиперемирована. На слизистой оболочке щек мелкие белесоватые пятна. На коже туловища пятна, эритематозные поля. Умеренное увеличение всех групп лимфатических узлов, особенно заднешейных.   1. Поставьте диагноз. Дайте определение заболеванию 2. Осложнения заболевания 3. Какими морфологическими элементами представлены высыпания на коже? 4. С какими дерматозами необходимо провести дифференциальную диагностику? 5. Какой специалист должен заниматься лечением больного? | 1.Корь – острое вирусное заболевание, характеризующееся лихорадкой, катаром верхних дыхательных путей, конъюнктивитом, чаще обильной макуло - папулезной сыпью  2. Бронхиты, пневмонии, синуситы, ларинготрахеиты, отиты, реже – коревой энцефалит.  3.Высыпания представлены сосудистыми воспалительными пятнами – розеолами.  4. С токсикодермией, марморесценцией кожи, сифилитической розеолой, эритемой.  5. Больным должен заниматься врач – инфекционист. Заболевшего изолируют чаще всего на дому. Госпитализируют больных осложненной корью и по эпидемическим показаниям (дети из интерната, из закрытых коллективов и пр.). | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 12 | У ребенка 8 лет на коже тыла кистей, на лице в области подбородка и правой щеки многочисленные телесного цвета, безболезненные узелки размером от 0,1 до 0,3 см с плоской поверхностью.   1. Поставьте диагноз. 2. Этиология и патогенез заболевания 3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного? 4. Составьте план лечения. 5. Выпишите рецепты | 1**.** Плоские бородавки.  2. Для человека патогенными являются вирусы папилломы человека (ВПЧ) нескольких типов. Так, ВПЧ-1 вызывает подошвенные бородавки, ВПЧ-2 – вульгарные бородавки, ВПЧ-3 – плоские бородавки, ВПЧ-4 – верруциформную дисплазию, ВПЧ-5, 6, 11 – остроконечные кондиломы. Все папилломавирусы могут играть роль онкогенов. Передача ВПЧ-инфекции происходит контактным путем непосредственно от человека к человеку и опосредованно – через предметы домашнего обихода, а также путем аутоинокуляции.  3.С верруциформной эпидермодисплазией, фолликулярным дискератозом, красным плоским лишаем.  4.Общая терапия:  противовирусная или этиологическая терапия,  патогенетическая терапия, направленная на повышение иммунной за­щиты организма (иммуномодулирующая терапия).  Местная терапия:  противовирусная наружная терапия, наружные деструктивные методы (криодеструкция, электротермока-устика, лазерная деструкция, воздействие растворами кислот и т. д.), кюретаж.Цитотоксические препараты: кондилин, подофиллотоксин, филлотоксин, **5**-фторурацил.  **5.**  Rp.: Solcodermi 0,2 D.S. Наносить на пораженную поверхность с помощью аппликатора однократно  Rp.: Sol. Podophyllini spirituosae 25% 50,0  D.S. Смазывать участки поражения 1 раз в день | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 13 | У больного 25 лет на коже тыла кистей множественные, плотные, безболезненные, серого и телесного цвета узелки от 0,2 до 1,0 см в диаметре. На крупных папулах сосочковые разрастания с ороговением на поверхности. Больной пытался срезать их, выжигал уксусной эссенцией.  1. Поставьте диагноз.   1. Этиология и патогенез заболевания 2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного? 3. Составьте план лечения. 4. Выпишите рецепты | 1. Вульгарные бородавки.  2.Вирус папилломы человека–2 является причиной вульгарных бородавок. Передача инфекции происходит контактным путем непосредственно от человека к человеку и опосредованно – через предметы домашнего обихода. Большое значение в развитии всех видов бородавок имеет активность иммунной системы, особенно ее клеточного звена.  3.С верруциформной эпидермодисплазией, фолликулярным дискератозом, красным плоским лишаем.  4.Общая терапия:  противовирусная или этиологическая терапия, патогенетическая терапия, направленная на повышение иммунной за­щиты организма (иммуномодулирующая терапия).  Местная терапия:  противовирусная наружная терапия. Наружные деструктивные методы (криодеструкция, электротермока-устика, лазерная деструкция, воздействие растворами кислот и т. д.), кюретаж.  цитотоксические препараты: кондилин, подофиллотоксин, филлотоксин, **5**-фторурацил.  5. Rp.: Ung. «Асiclovir» 5% 5,0  D.S. Наносить на пораженную кожу 5 раз в день  Rp.: Sol. Podophyllini spirituosae 25% 50,0  D.S. Смазывать участки поражения 1 раз в день | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 14 | При осмотре детей в детском саду у девочки 4-х лет на коже рук и живота обнаружены многочисленные узелки, плотной консистенции, цвета нормальной кожи с перламутровым оттенком. Размер узелков от 0,1 до 0,5см в диаметре. В центре узелков кратерообразное вдавление. При надавливании пинцетом из узелка выделяется кашицеобразная масса. Подобные высыпания имеются еще у нескольких детей.   1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Дайте определение заболеванию. 3. Этиология и эпидемиология заболевания. 4. С какими заболеваниями ассоциируется данный процесс? 5. Алгоритм обследования при этой патологии. | 1.Контагиозный моллюск.  2.Контагиозный моллюск – доброкачественное, вирусное заболевание кожи и слизистых оболочек.  3.Причиной является ДНК-вирус из семейства поксвирусов, который инфицирует только людей. Распространение происходит по коже путем аутоинокуляции и передается другим через контакты кожи с кожей. Поражаются главным образом дети, сексуально активные взрослые и лица с иммунодефицитом.  У детей передача инфекции происходит при телесном контакте с больными или инфицированными предметами, при посещении бассейна.  У взрослых инфекция чаще всего передается половым путем.  4.при которых наблюдаются нарушения клеточно-опосредуемого иммунитета: атопическим дерматитом, верруциформной дисплазией и ВИЧ-инфекцией.  5. Общий анализ крови,  общий анализ мочи.  При нетипичной клинической картине: микроскопическое,  гистологическое исследования, ПЦР-диагностика. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 15 | Подросток после резкого переохлаждения почувствовал озноб, недомогание, расстройство сна. На коже лица у левого угла рта появились сгруппированные пузырьки размером от 0,1 до 0,3см. Содержимое пузырьков – серозное. В полости рта (на небе и нижней десне слева) на фоне отечной и гиперемированной слизистой оболочки эрозии с неправильными мелкофестончатыми очертаниями. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненны при пальпации. Подобные высыпания больной отмечает в течение последних 3 –х лет, ежегодно - 2 раза в год   1. Поставьте диагноз. 2. Этиология и патогенез заболевания. 3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного? 4. Назначьте лечение 5. Ваши рекомендации больному после клинического выздоровления | 1.Герпетический стоматит.  2.Вирус простого герпеса относится к ДНК-содеожащим вирусам. Источником заражения является инфицированный человек. При первичном инфицировании вирус адсорбируется на эпителиоцитах верхних дыхательных путей, проникает в эпителиоциты, реплицируется и транспортируется на поверхность клетки. Реализуется и цитотоксический эффект, и вирусемия. При снижении иммунитета наступают вторичные рецидивы простого герпеса.  3.С кандидозным стоматитом, эрозивной формой красного плоского лишая, красной волчанкой, афтозным стоматитом, бактериальной ангиной.  4.Терапия простого герпеса носит комплексный характер и включает в себя:  этиотропное лечение патогенетическое воздействие  симптоматическое лечение.  Длительность, интенсивность и объем курса терапии определяются клинической формой заболевания и тяжестью его течения, частотой рецидивов.  5.Проводят плановое клинико-лабораторное обследование пациентов (1 раз в 3-6 месяцев), лечение хронических процессов, коррекцию иммунологических нарушений.  Клинико-лабораторное обследование должно быть направлено на выясне­ние и коррекцию причин частых рецидивов. В связи с рецидивом заболевания больного необходимо направить на обследование к смежным специалистам с целью исключения сопутствующих заболеваний, в том числе и ВИЧ-инфекции, которые могут быть причиной иммунодефицитного состояния организма. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 16 | У больного кожа правой половины лица гиперемирована, отечна. На этом фоне располагаются тесно сгруппированные напряженные пузырьки с серозным содержимым, величиной от 0,2 до 0,4см в диаметре, а также ярко-красного цвета эрозии с фестончатыми краями, серозные корочки. Веки правого глаза отечны. В полости рта на слизистой правой щеки и 2/3 языка на резко отечном и гиперемированном фоне эрозии с мелкофестончатыми очертаниями. Отдельные эрозии покрыты плотным, фибринозным налетом.  Беспокоят недомогание, озноб, повышение температуры тела до 38,50С.   1. Поставьте диагноз. 2. Этиология и патогенез заболевания 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза и назначения полноценной этиологической и патогенетической терапии? 4. Назначьте лечение 5. Выпишите рецепты | 1.Опоясывающий лишай.  2.Основными путями передани являются воздушно-капельный, контактный и парентеральный. Возможна передача инфекции от матери плоду (вертика­льный путь). Это происходит в том случае, если женщина во время беремен­ности болеет ветряной оспой. Инфицирование ВГ-3 происходит в первые 6-8 лет жизни ребенка. Инфекция манифестирует в детском возрасте и у 90% пациентов проявляется в виде ветряной оспы, после нее остается стой­кий пожизненный иммунитет. При первичном инфицировании ВГ-3 адсорбируется на эпителиоцитах верх­них дыхательных путей и прикрепляется к рецепторам цитоплазматической мембраны. После этого следует ряд изменений: вирус проникает в эпителиоциты, реплицируется и транспортируется на поверхность клетки. Реализует­ся и цитотоксический эффект, и вирусемия. После периода вирусемии вирус проникает в клетки чувствительных ганглиев преимущественно лицевого, тройничного и межреберных нервов. В дальнейшем под воздействием факто­ров, снижающих иммунитет, происходит реактивация и репликация вируса. Вирус достигает по аксонам определенных участков кожи и слизистых обо­лочек и вновь оказывает цитотоксический эффект на эпителиоциты. Проти­вовирусные антитела, которые вырабатываются при первичном инфицирова­нии, предохраняют человека в дальнейшем от экзогенного проникновения вируса и возникновения ветряной оспы.  4. В практике для диагностики чаще пользуются комплексом эпидемиоло­гических, анамнестических и клинических показателей.  4. Этиотропная терапия– общее и наружное лечение противовирусными средствами.  Патогенетическая терапиявключает препараты интерферона, иммуномодуляторы.  Симптоматическая терапиянаправлена на устранение болевого синдро­ма, вторичных гнойных осложнений. В наружной терапии используют дезинфицирующие и эпителизируюшие средства: спиртовые и водные растворы анилиновых красителей.  5.Rp.: Ung. «Ciclovir» 5% 5,0  D.S. Наносить на пораженную кожу 5 раз в день  Rp.: Ung.Interferoni 30% 10,0 D.S. Смазывать очаги 3 раза в день | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 17 | К дерматологу обратилась мать с ребенком 4-х лет с жалобами на появление у ребенка высыпаний на коже лица и груди.  При осмотре на коже лица вокруг глаз и на щеках, на груди куполообразной формы плотные папулы телесного цвета размером 2-5мм, слегка вдавленные в центре.   1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Дайте определение заболеванию. 3. Этиология и эпидемиология заболевания. 4. С какими заболеваниями ассоциируется данный процесс? 5. Составьте алгоритм обследования больного. | 1.Контагиозный моллюск.  2.Контагиозный моллюск – доброкачественное, вирусное заболевание кожи и слизистых оболочек.  3.Причиной является ДНК-вирус из семейства поксвирусов, который инфицирует только людей.  4.С заболеваниями, при которых наблюдаются нарушения клеточно-опосредуемого иммунитета: атопическим дерматитом, верруциформной дисплазией и ВИЧ-инфекцией.  5. О бщий анализ крови.  О бщий анализ мочи.  Микроскопическое исследование (при нетипичной клинической картине)  Гистологическое исследование (при нетипичной клинической картине).  ПЦР-диагностика (при нетипичной клинической картине)  иммунологическое обследование (при торпидном течении заболевания, частых рецидивах). | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 18 | Подросток 16 лет в течение месяца отмечает появление высыпаний на лице, руках и груди.  Высыпания представлены полушаровидными папулами телесного цвета, мягкими на ощупь, размером 2-5мм с вдавлением в центре. При сдавливании узелков с боков из центрального отверстия выделяется белая крошковидная масса.   1. Поставьте диагноз 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? 3. Методы лечения заболевания 4. Критерии эффективности лечения 5. Наиболее частые ошибки в лечении | 1.Контагиозный моллюск.  2.С плоскими бородавками, остроконечными кондиломами, сирингомой, гиперплазией сальных желез.  Одиночный элемент контагиозного моллюска дифференцируют с кератоакантомой, плоскоклеточным раком кожи, базалиомой.  3. Удаление элементов контагиозного моллюска пинцетом, деструкцией жидким азотом или электротоком. Обработка раневого дефекта 2-5% спиртовым раствором йода, фукорцином.  4.Полная клиническая ремиссия.  5.Несвоевременная постановка диагноза, неадекватная терапия. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 19 | К венерологу обратился подросток с жалобами на появление образований в области головки полового члена. На головке полового члена и внутреннем листке крайней плоти пальцеобразные выпячивания бледно-розового цвета.   1. Поставьте диагноз 2. Дайте определение заболеванию 3. Этиология заболевания 4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз? 5. Составьте план обследования больного. | 1.Генитальные бородавки (остроконечные кондиломы).  2.Остроконечные кондиломы – псевдоопухолевые пролиферации кожи и слизистых оболочек, которые возникают в результате инфицирования кератиноцитов вирусами папилломы человека (ВПЧ).  3.В настоящее время выделено более 80 различных типов ВПЧ на основании различий в последовательности ДНК. Остроконечные кондиломы вызываются главным образом ВПЧ типами 6 и 11.  4.Кондиломами вторичного сифилиса, себорейным кератозом, псориазом, жемчужными папулами на половом члене, контагиозным моллюском.  **5.** Метод ПЦР,  цитологическое исследование мазков – отпечатков, исследование на другие ИППП (серологические реакции на сифилис, ВИЧ – инфекцию, гепатит В. и С), определение иммунного статуса. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 20 | У больного после бритья появился гнойничок над верхней губой. Температура тела 37.4 С. Стали беспокоить головные боли, общее недомогание.  При осмотре на коже носогубного треугольника слева узел величиной до вишни, синюшно-красного цвета, болезненный при пальпации. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны.   1. Поставьте диагноз. 2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания. 3. Укажите возможные осложнения. 4. Принципы лечения заболевания. 5. Дайте рекомендации больному после клинического выздоровления. | **1.**  Фурункул носогубного треугольника.  2**.** Пиодермии (греч. руоn-гной) - гнойные воспалительные заболевания кожи.Важными факторами, способствующими возникновению пиодермии, являются массивность инфицирования, вирулентность микробов, наличие входных ворот для инфекции и состояние иммунитета.  3. Тромбоз кавернозного синуса, тромбофлебит вен лица, менингит, менингоэнцефалит, сепсис, абсцессы.  4.Общее лечение:  Антибиотики групп пенициллина, цефалоспоринов, макролидов. Местное лечение: Анилиновые красители, антисептические, антмикробные препараты.  5.Своевременная антисептическая обработка микротравм, трещин, раневых поверхностей.  Рациональный уход за кожей лица. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 21 | У больного на правой половине грудной клетки с переходом на правую лопатку по ходу межреберных нервов на фоне отечной эритематозной кожи сгруппированные пузырьки с серозным содержимым, эрозии, серозные корочки.    1. Поставьте диагноз.  2. Этиология данного заболевания.  3. На чем основана диагностика данного заболевания?  4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.  5. Составьте план лечения больного. | 1. Опоясывающий лишай (син. опоясывающий герпес, Herpes zoster).  2.Заболевание вызывает нейротропный фильтрирующий вирус, который по антигенной структуре и способностям развития на эмбриональных тканях человека сходен с вирусом ветряной оспы или идентичен ему. Развитие опоясывающего лишая – результат реактивации латентного вируса после перенесенной в детстве ветряной оспы.  3.Основывается на клинической картине и вирусологическом исследовании. Современным методом выявления вируса является ПЦР.  4.Стрептококковое импетиго, многоформная экссудативная эритема, рожистое воспаление, герпетиформный дерматит Дюринга, простой пузырьковый лишай.  **5.** Ацикловир 400000 мг 5 раз в день 5-10 дней. Индометацин 0,025 мг 3 раза в день 2-3 недели, ацикловир мазь, циклоферон - ампулы 125 мг/мл, в/м по 2 мл, 5 амп.  Rp: Ung. Zovirаxi 5% - 10,0 Ds. Втирать наружно в течение 7 дней. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 22 | К дерматовенерологу обратился больной 18 лет с жалобами на появление обильных высыпаний на коже туловища, рук и ног.  При осмотре на коже живота диаметром до 5см яркое, овальное, слегка приподнятое над уровнем кожи пятно, в центре которого наблюдается нежное шелушение. На туловище, верхних и нижних конечностях множественные отечные, розоватого цвета пятна, диаметром до 2-3см, округлых или овальных очертаний, расположенные вдоль линий Лангера. Поставьте диагноз.   1. Дайте определение заболеванию 2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания. 3. Алгоритм обследования больного 4. Принципы лечения заболевания | 1.Розовый лишай Жибера.  Розовый лишай – воспалительное заболевание, характеризующееся появлением на коже овальных или монетовидных пятнистых, реже пятнисто – папулезных высыпаний.  2.Причина розового лишая неизвестна. Предполагается инфекционная (вирусная) природа заболевания. Патогенез не выяснен.  3.Сбор анамнеза (связь с недавно перенесенной инфекцией, переохлаждение, нарушение общего состояния). Осмотр. Лабораторные исследования:  общий анализ крови, мочи  серодиагностика сифилиса,  микроскопическое исследование соскоба с кожи на патогенные грибы  4.В большинстве случаев экзематизации кожного процесса. Медикаментозно лечение: антигистаминные препараты,  гипосенсибилизирующие средства - наружное лечение. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 23 | К дерматологу обратилась больная 29 лет с жалобами на появление болезненных узлов на ногах, боль в ногах, повышение температуры тела до 38С 0.  За 2 недели до появления высыпаний получала лечение по поводу ангины у отоларинголога. На передней поверхности голеней глубокие болезненные эритематозные узлы. Узлы плотные с нечеткими краями. В области лодыжек ног выраженный отек.   1. Поставьте диагноз 2. Этиология и патофизиология заболевания. 3. Течение и прогноз заболевания. 4. Дифференциальная диагностика заболевания 5. Принципы лечения острой формы заболевания | 1. Узловатая эритема  2.Полагают, что узловатую эритему вызывает реакция гиперчувствительности на различные антигенные стимулы: вирусные, бактериальные (стрептококки),грибы, паразиты, лекарства, злокачественные новообразования и заболевания соединительной ткани. Типичный патогенетический механизм представляет собой иммунный ответ организма – хозяина на циркулирующие иммунные тела. При этом могут возникать иммунные комплексы, которые способствуют развитию заболевания.  3.Новые группы очагов обычно развиваются в течение 3 – 6 недель. Редко узловатая эритема может персистировать в течение месяцев и лет.  4.Целлюлит, небольшая травма , инфицированные укусы насекомых, пурпура Шенлейна – Геноха , поверхностный и глубокий тромбофлебит, индуративная эритема Базена.  5. Постельный режим, ношение компрессионных повязок, йодид калия 300 мг х 3 раза в день 10 – 14 дней,  нестероидные противовоспалительные препараты | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 24 | Больную 40 лет в течение 3-х лет беспокоят высыпания на лице. Мать и старшая сестра болеют туберкулезом. На коже левой щеки, крыльев носа, ушных раковин бугорки размером с булавочную головку, мягкой консистенции, красно-розового цвета. При диаскопии предметным стеклом бугорок приобретает буро-желтую окраску. При надавливании зондом последний легко проникает в ткань, вызывая кровотечение. На левой щеке сплошной атрофический рубец по типу «папиросной бумаги».  1. Поставьте предварительный диагноз.  2. Какие симптомы, характерные для данного заболевания, наблюдаются у больной?  3. Какие достоверные и вероятные признаки характерны для данного заболевания?  4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.  5. Составьте план обследования больной. | 1.Туберкулезная волчанка.  2.Симптом «яблочного желе» , симптом Поспелова.  3.Обнаружение возбудителя в очаге поражения кожи.  а) бактериоскопическое исследование (окраска мазков по Цилю-Нильсену)  б) бактериологическое исследование (посев материала на питательные среды)  в) биологическая проба (заражение морских свинок патологическим материалом)  г) гистологическое исследование (если при этом не обнаружены микобактерии, учитывать, что гранулематозная реакция характерна и для ряда других инфекционных заболеваний).  **Вероятные признаки:**  Наличие туберкулеза внутренних органов у больного, клинические проявления туберкулеза кожи, кожные пробы с туберкулином.  **4.** С бугорковым сифилидом, туберкулоидной лепрой,  лейшманиозом, саркоидозом, эпителиомой, дискоидной красной волчанкой,  **5.** Бактериоскопический метод, постановка туберкулиновых проб, гистологическое исследование пораженной кожи. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 25 | Больная 28 лет в течение года заметила появление в области шеи и на щеках плотных узлов. Узлы вскрывались с выделением небольшого количества гноя, образовывались язвы, рубцы. Мать больной состоит на учете в противотуберкулезном диспансере по поводу туберкулеза легких.  При осмотре на коже в области шеи, на щеках, околоушной раковины справа, язвы неправильной округлой формы, поверхностные, с мягкими, тонкими, нависающими краями, малоболезненные синевато-красного цвета, дно сероватого цвета, покрыто вялыми грануляциями. Язвы размерами от 1,0 x 1,5 см до 1,5 x 2,0см. Рубцы неправильной округлой формы, поверхностные, спаянные с кожей, неровные, с мостовидными перегородками. Имеются свищевые отверстия и ходы, соединяющие отдельные рубцы. Реакция Манту резко положительная.  1. Поставьте предварительный диагноз  2. Этиология и патогенез заболевания  3. Какие исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?  4. Перечислите достоверные и вероятные признаки заболевания.  5. Наметьте план лечебных мероприятий. | 1. Колликвативный туберкулез кожи.  2.Туберкулез кожи вызывается микобактериями ту­беркулеза человеческого, реже бычьего типа. Заражение чаще происходит аэрогенно, но возможно и через желудочно-кишечный тракт. Большинство форм туберкулеза кожи являются результатом гематогенно­го или лимфогенного распространения из первичных или вторичных очагов.  3. **Достоверные признаки:**  Гистологическое исследование кожи.  Бактериоскопический метод.  Серологические тесты.  Рентгенограмма органов грудной клетки.  4.Обнаружение возбудителя в очаге поражения кожи.  а)бактериоскопическое исследование (окраска мазков по Цилю-Нильсену)  б) бактериологическое исследование (посев материала на питательные среды)  в) биологическая проба (заражение морских свинок патологическим материалом)  г) гистологическое исследование (если при этом не обнаружены микобактерии, учитывать, что гранулематозная реакция характерна и для ряда других инфекционных заболеваний).  **Вероятные признаки:**  Наличие туберкулеза внутренних органов у больного, клинические проявления туберкулеза кожи, кожные пробы с туберкулином.  5.Этиологическое лечение сочетается с патогенетическим, направленным на повышение факторов иммунной защиты.  Антибактериальная терапия:  К 1-й группе относятся: основные противотуберкулезные препараты: стрептомицин (дигидрострептомицин), препараты группы гидразида изоникотиновой кислоты (тубазид, фтивазид, салюзид, метазид, ПАСК (бепаск), рифампицин, во 2-ю (резервную) группу входят тибон, этионамид (протионамид), пиразинамид, этамбутол, циклосерин, виомицин, канамицин.  Патогенетическая терапия больных туберкулезом кожи включает витамины, десенсибилизирующие средства, физиотерапевтическое воздействие, климатические факторы, лечебное питание, различные Белки, витамины и соли кальция являются главными пищевыми компонентами в питании больных: количество их должно быть повышено по сравнению с нормой в среднем на 1/3. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 26 | У больной 45 лет на коже лица в области щек бляшки буровато-желтого цвета, различных размеров, с фестончатыми краями, возвышенным периферическим валиком. При диаскопии определяются желтовато-буроватые пятна. Больная состоит на учете в противотуберкулезном диспансере по поводу туберкулеза легких.  1. Поставьте предварительный диагноз  2. Наметьте план диагностических мероприятий.  3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?  4. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной?  5. Какие патоморфологические изменения обусловливают данные симптомы? | 1. Туберкулезная волчанка.  2.Гистологическое исследование кожи. Бактериоскопический метод.  Серологические тесты.  Туберкулиновая проба.  Рентгенограмма органов грудной клетки.  3. С бугорковым сифилидом, туберкулоидной лепрой, лейшманиозом , саркоидозом, эпителиомой, дискоидной красной волчанкой.  4. Симптом «яблочного желе», симптом Поспелова.  5.Симптом «яблочного желе» связан с наличием эпителиоидноклеточной инфильтрации, симптом Поспелова возникает из-за гибели коллагена. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 27 | На прием к дерматологу обратилась врач – патологоанатом с жалобами на появление высыпаний на коже кисти правой руки. При осмотре на коже тыла правой кисти лентикулярные папулы синюшно – красного цвета с четкими границами, в центре – трещины, по периферии – отечная, желтоватая, блестящая зона.  1. Поставьте предварительный диагноз  2. Этиология и патогенез заболевания  3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?  4.Какие гистологические признаки характерны для данного заболевания?  5. У врача какой специальности должна получать лечение больная? | 1.Бородавчатый туберкулез кожи.  2.Туберкулез кожи вызывается микобактериями ту­беркулеза человеческого, реже бычьего типа.  Вызывается непосредственной внутрикожной инокуляцией вирулентной туберкулезной микобактерии, преимущественно в результате суперинфекции у больных туберкулезом. Очаги локализуются почти исключительно на тыле кистей.  3.С хромомикозом, язвенно-вегетирующей пиодермией, вульгарной бородавкой.  4.Патогистологические изменения при каждой клинической форме туберкулеза кожи имеют свои особенности, также имеет значение и фаза кожного процесса.  На ранних стадиях изменения неспецифичны, доминирует островоспалительная инфильтрация (лимфоцитарно-плазмоклеточная), деструкция. В дальнейшем формируется специфическая гранулематозная реакция.  5.Основной курс антибактериальной терапии желательно проводить в условиях специализированного стационара (санатория) или отделения для больных внелегочными формами туберкулеза, где обеспечивается необходимый лечебно-охранительный режим.  Лечение больных туберкулезом кожи должно быть комплексным, непрерывным, длительным, проводиться с учетом теоретических основ химиотерапии при туберкулезе. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 28 | У больной 45 лет на коже лица, туловища и верхних конечностей имеются многочисленные узлы размером с лесной орех, синюшно – красного цвета, а также язвы неправильной формы с подрытыми краями. Вокруг высыпаний отмечается нарушение болевой, температурной и тактильной чувствительности. Лицо больной грустное, мимика отсутствует.  Имеется атрофия мелких костей пальцев рук. с жалобами на высыпания на коже лица, туловища, конечностей, деформацию пальцев рук. Больная проживает в Средней Азии.    1. Поставьте предварительный диагноз  2. Какие исследования необходимо провести для установления диагноза?  3. Этиология и патогенез заболевания  4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?  5. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной? | 1.Лепра, лепроматозный тип.  2.Диагноз лепрыобычно ставится при обнаружении анестезии кожи, утолщенных поверхностных нервов и всегда должен быть подтвержден обнаружением M. Leprae в коже (гистоло­гические исследования, бактериоскопические исследования - соскоб со слизистой носа).  2.Возбудителемлепры является Micobacterium leprae. Эти спирто- и кислотоустойчивые бациллы.  Из организма человека, страдающего лепроматозным типом проказы, бациллы могут выделяться через кожу (распавшиеся лепромы), через слизистую верхних дыхательных путей (нос, глотка, гортань, рот), особенно при наличии здесь специфических поражений.  Хотя путь передачи до сих пор остается неясным, полагают, что скорее всего M.leprae передается назореспираторным путем.  4.С лейшманиозом, хронической язвенной пиодермией, кожной формой сибирской язвы, сирингомиелией, с розеолезными, папулезными, гуммозными, бугорковыми сифилидами, туберкулезной волчанкой, псориазом, розовым лишаем Жибера, витилиго, узловатой эритемой, саркоидозом.  5.Нарушение термической, болевой и тактильной чувствительности.  . | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 29 | На прием к дерматологу обратился больной 46 лет с жалобами на появление высыпаний на коже правой щеки.  Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на коже правой щеки. Высыпания представлены милиарными, красновато-синюшными, плоскими, полигональными папулами, имеющими тенденцию к слиянию и образованию фигур в виде кольца. На месте высыпаний пушковые волосы отсутствуют. Отмечается снижение болевой, тактильной, температурной чувствительности на месте высыпаний и вокруг их.  1. Поставьте предварительный диагноз  2. Какие исследования необходимо провести для установления диагноза?  3. Этиология и патогенез заболевания  4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?  5. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной?  при данной патологии? | 1.Лепра, туберкулоидный тип.  2.Диагноз лепрыобычно ставится при обнаружении анестезии кожи, утолщенных поверхностных нервов и всегда должен быть подтвержден обнаружением M. Leprae в коже (гистоло­гические исследования, бактериоскопические исследования - соскоб со слизистой носа).  Вспомогательные тесты: гистаминовая проба, проба уколом иглой, проба на потоотделение, феномен «воспламенения», посев на искусственных питательных средах, прививка кусочков ткани морским свинкам, проверка пиломоторной реакции, проверка дермографизма, лепроминовая проба (реакция Мицуды).  3. Возбудителем лепры является Micobacterium leprae. Эти спирто- и кислотоустойчивые бациллы.  Из организма человека, страдающего лепроматозным типом проказы, бациллы могут выделяться через кожу (распавшиеся лепромы), через слизистую верхних дыхательных путей (нос, глотка, гортань, рот), особенно при наличии здесь специфических поражений.  Хотя считалось, что лепра передается при длительном контакте кожи с кожей – к примеру, между родителями и детьми. путь передачи до сих пор остается неясным, полагают, что скорее всего M.leprae передается назореспираторным путем.  4.С папулезными, гуммозными, бугорковыми сифилидами, туберкулезной волчанкой, псориазом, витилиго, саркоидозом, сирингомиелией, красным плоским лишаем.  5.Нарушение термической, болевой и тактильной чувствительности. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 30 | Больной в течение 3-х недель отмечает появление красных пятен на лице на коже лица округлые эритематозные пятна с блестящей поверхностью, а также бугорками величиной до вишни, плотноэластической консистенции, безболезненными при пальпации. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненны.  1. Поставьте предварительный диагноз  2. Какие исследования необходимо провести для установления диагноза?  3. Этиология и патогенез заболевания  4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?  5. Где должен получать лечение больной? | **1.** Лепра, лепроматозный тип.  **2.** Диагноз лепрыобычно ставится при обнаружении анестезии кожи, утолщенных поверхностных нервов и всегда должен быть подтвержден обнаружением M. Leprae в коже (гистоло­гические исследования, бактериоскопические исследования - соскоб со слизистой носа). Также проводятся вспомогательные тесты.  **3.** Возбудитель - Mycobacterium leprae представляет собой кисло­тоустойчивую палочковидную бактерию. Доказана генети­ческая предрасположенность к заболеванию. Основным путем передачи считается воздушно-капельный. Входные во­рота – слизистая оболочка верхних дыхательных путей.  4.С лейшманиозом, сирингомиелией, с розеолезными, папулезными, бугорковыми сифилидами, туберкулезной волчанкой, псориазом, красным плоским лишаем, витилиго, токсической эритемой, красной волчанкой  **5.** Больной должен получать лечение в лепрозории.  Основными препаратами для лечения лепры являются дапсон, рифампин (рифампицин), клофазимин и этионамид. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 31 | На прием к дерматологу обратилась больная 56 лет с жалобами на появление высыпаний на коже лица и слизистой полости рта.  ИЗ АНАМНЕЗА. Больной себя считает в течение 3-х лет, когда на коже лица появились высыпания красно-розового цвета, которые сливались и кровоточили. Через год после этого появились высыпания в полости рта. К врачу не обращалась, самостоятельно не лечилась.  Мать и старшая сестра болеют туберкулезом.  ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Высыпания располагаются на коже левой щеки, носа, верхней губы. Основным элементом является бугорок размером с булавочную головку, выступающий над уровнем кожи, мягкой консистенции, красно-розового цвета. При диаскопии предметным стеклом бугорок приобретает буро-желтую окраску. При надавливании зондом, он легко проникает в ткань, вызывая кровотечение. В полости рта слизистая оболочка десен красного цвета, слегка отечна. На этом фоне имеются отдельные бугорки, склонные к слиянию. Подчелюстные лимфатические узлы слегка увеличены.  1. Поставьте предварительный диагноз  2. Этиология и патогенез заболевания  3. Какие исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?  4. Перечислите достоверные и вероятные признаки заболевания.  5. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больной? | 1. Туберкулезная волчанка кожи лица и слизистой полости рта.  2.Туберкулез кожи вызывается микобактериями ту­беркулеза человеческого, реже бычьего типа. Заражение чаще происходит аэрогенно, но возможно и через желудочно-кишечный тракт. Крайне редко микобактерии туберкулеза первично попадают в кожу.  Большинство форм туберкулеза кожи являются результатом гематогенно­го или лимфогенного распространения из первичных или вторичных очагов.  3. Гистологическое исследование кожи.  Бактериоскопический метод.  Серологические тесты.  Туберкулиновая проба.  Рентгенограмма органов грудной клетки.  **4. Достоверные признаки:**  Обнаружение возбудителя в очаге поражения кожи:  бактериоскопическое,  бактериологическое исследования, биологическая проба,  гистологическое исследование.  **Вероятные признаки:**  наличие туберкулеза внутренних органов у больного, клинические проявления туберкулеза кожи, кожные пробы с туберкулином.  **5.** Симптом «яблочного желе», симптом Поспелова. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 32 | Больной состоит на диспансерном учете в противотуберкулезном диспансере по поводу туберкулеза легких. Реакция Манту положительная. На коже подбородка, углов рта, крыльев носа и щек многочисленные, милиарные, желто-коричневого цвета бугорки, пустулы и язвы. Язвы с фестончатыми, мягкими, слегка подрытыми краями, бледно-красного цвета и неровным зернистым дном, имеющим вялые, серые грануляции, кровоточащие, покрытые скудным, серо-гнойным налетом. На дне и вокруг язв казеозно - перерожденные, желтого цвета бугорки (зерна Трелла).    1. Поставьте предварительный диагноз  2. Этиология и патогенез заболевания  3. Какие исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?  4. Перечислите достоверные и вероятные признаки заболевания.  5. Какие симптомы характерны для данного заболевания? | 1.Язвенный туберкулез кожи.  2.Туберкулез кожи вызывается микобактериями ту­беркулеза человеческого, реже бычьего типа. Заражение чаще происходит аэрогенно, но возможно и через желудочно-кишечный тракт. Большинство форм туберкулеза кожи являются результатом гематогенно­го или лимфогенного распространения из первичных или вторичных очагов.  **3.** Гистологическое исследование кожи.  Бактериоскопический метод.  Серологические тесты.  Туберкулиновая проба.  Рентгенограмма органов грудной клетки.  **4.** Обнаружение возбудителя в очаге поражения кожи.  Достоверные признаки: Обнаружение возбудителя.  Вероятные признаки:  Наличие туберкулеза внутренних органов у больного, клинические проявления туберкулеза кожи, кожные пробы с туберкулином.  **5.** Симптом «яблочного желе», симптом Поспелова. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 33 | У больного 55 лет на коже лица в области щек и крыльев носа бляшки буровато-желтого цвета, различных размеров, с фестончатыми краями, возвышенным периферическим валиком. При диаскопии предметным стеклом бляшки приобретают буро-желтую окраску. При надавливании зондом, он легко проникает в ткань, вызывая кровотечение.  1. Поставьте предварительный диагноз  2. Наметьте план диагностических мероприятий.  3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?  4. Какие характерные симптомы данного заболевания наблюдаются у больного?  5. Какие патоморфологические изменения обусловливают данные симптомы? | **1.** Туберкулезная волчанка.  **2.** Гистологическое исследование кожи.  Бактериоскопический метод.  Серологические тесты.  Туберкулиновая проба.  Рентгенограмма органов грудной клетки.  **3.** С бугорковым сифилидом, туберкулоидной лепрой, лейшманиозом, саркоидозом, эпителиомой, дискоидной красной волчанкой.  **4.** Симптом «яблочного желе», симптом Поспелова.  **5.** Симптом «яблочного желе» связан с наличием эпителиоидноклеточной инфильтрации, симптом Поспелова возникает из-за гибели коллагена. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 34 | На прием к дерматологу обратилась врач – фтизиатр 46 лет с жалобами на появление в области левой руки высыпаний. Считает себя больной в течение 2-х месяцев. Процесс носит ограниченный характер.  1. Поставьте предварительный диагноз  2. Этиология и патогенез заболевания  3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?  4.Какие гистологические признаки характерны для данного заболевания?  5.У врача какой специальности должна получать лечение больная? | 1.Туберкулез кожи, бородавчатая форма.  2.Туберкулез кожи вызывается микобактериями ту­беркулеза человеческого, реже бычьего типа.Очаги локализуются почти исключительно на тыле кистей.  3.С хромомикозом, язвенно-вегетирующей пиодермией, вульгарной бородавкой.  4. Обычно на ранних стадиях изменения неспецифичны, островоспалительная инфильтрация (лимфоцитарно-плазмоклеточная), деструкция. В дальнейшем формируется специфическая гранулематозная реакция.  5.Основной курс антибактериальной терапии желательно проводить в условиях специализированного стационара (санатория) или отделения для больных внелегочными формами туберкулеза, где обеспечивается необходимый лечебно-охранительный режим. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 35 | У больного 26 лет в межпальцевых складках стоп шелушение. В четвертой межпальцевой складке на фоне отека и эритемы трещина, окаймленная рогом отслаивающегося эпидермиса. На сводах стоп величиной с горошину пузырьки с прозрачным содержимым, покрышки пузырьков плотные.  1. Поставьте предварительный диагноз.  2. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?  3. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?  4. Методы общей и наружной терапии.  5. Меры общей и личной профилактики | 1.Микоз стоп, интертригинозно-дисгидротическая форма клинически.  2.Микроскопическое исследование патологического материала: чешуек кожи стоп.  Культуральное исследование.  3.Дифференциальная диагностика с дисгидротической экземой, псориазом, пустулезным бактеридом Эндрюса, кератодермией, паховой эпидермофитией, красной волчанкой.  4.Общее лечение: антигистаминные и десенсебилизирующие препараты. Местное лечение: анилиновые красители, примочки, мази и пасты, содержащие противогрибковые средства.  **5.** первичная профилактика: выполнение гигиенических правил по уходу за кожей стоп (профилактика микротравм, потертостей, устранение гипергидроза или сухости кожи, плоскостопия и др.). Вторичная профилактика: дезобработка обуви, перчаток, белья и предметов обихода. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 36 | Больной 45 лет в течение двух месяцев отмечает появление на коже бедер пятен розового цвета, зуд. Постоянно пользуется общественной баней, не соблюдает правил личной гигиены. Процесс носит ограниченный характер. Симметричный. В паховых складках, на внутренней поверхности бедер очаги полициклических очертаний с хорошо выраженным отечным периферическим валиком из пузырьков, микропустул, корочек, чешуек. В центре очагов шелушение.  1. Поставьте диагноз.  2. Составьте план обследования больного.  3. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?  4. Назначьте лечение больному.  5. Рекомендации больному после проведенного курса терапии. | **1.** Паховая эпидермофития.  **2.** Микроскопическое исследование патологического материала  Культуральное исследование.  **3.** С эритразмой, микотической экземой, кандидомикозом, герпетиформным дерматитом, псориазом складок, себорейным дерматитом, стрептококковой опрелостью.  4. Местная терапия:  Фунгицидные препараты (канестен, клотримазол, экзодерил, нитрофунгин, микосептин, амиказол, батрофен, микозолон, цинкундан)  1. 3% борная кислота, марганцево-кислый калий 1:1000, резорцин 1-2%, хлоргексидина биглюконат 0,05%.  2. Анилиновые красители (1-2% бриллиантовый зеленый, метиленовый синий, эозин, фуксин).  **5.** Соблюдение мер личной гигиены. Дезинфекция нательного и постельного белья. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 37 | У больного 40 лет на слизистой щек эрозии, покрытые белым налетом. В паховых складках эрозии, резко отграниченные от окружающей кожи белым ободком отслаивающегося эпидермиса. Поверхность эрозий влажная, блестящая, синюшно-красного цвета. По периферии эрозий отсевы пузырьков и пустул.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология и патогенез заболевания.  3. Составьте план обследования больного.  4. Методы общей и наружной терапии.  5. Выпишите рецепты. | **1.** Поверхностный кандидоз крупных складок. Кандидозный стоматит.  **2.** Грибы рода Candida относится к условно патогенным микроорганизмам. Они широко распространены во внешней среде, вегетируют в почве лугов, садов, огородов, на коре фруктовых деревьев, на плодах, овощах, особенно, на свежих фруктах, на предметах домашнего обихода. В качестве сапрофитов они обитают на кожных покровах, слизистых человека; их выделяют из экскрементов (мочи, мокроты, кала) и ногтей. Дрожжеподобные грибы рода Candida - одноклеточные растительные микроорганизмы округлой или овальной формы, от 2 до 5 мкм, не имеют истинного мицелия, а образуют псевдомицелий, нити которого лишены общей оболочки и перегородок. При определенных экзогенных условиях (травмы, повышенная влажность), эндогенных причинах (иммунодефицитное состояние, детский и пожилой возраст, нарушение обмена веществ, сахарный диабет, эндокринные заболевания, гиповитаминозы, тяжелые инфекции, беременность, длительный прием кортикостероидов, антибиотиков) грибы Candida приобретают патогенные свойства.  3. Микроскопическое исследование патологического материала  Культуральное исследование.  4.Общее лечение:  противогрибковые препараты. Местное лечение: анилиновые красители, фунгицидные мази и кремы.  5. Rp.: Ung. «Mycospor» 25,0  D.S.Смазывать кожу 2 раза в день  Rp.: Cremoris «Lamisil» 30,0  D.S.Наносить на очаги поражения 2 раза в день тонким слоем, слегка втирая. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 38 | Больная 45 лет состоит на учете у эндокринолога по поводу сахарного диабета. При осмотре в складках кожи под молочными железами, паховых складках крупные эрозии, резко отграниченные от окружающей кожи, окаймленные белым ободком отслаивающегося эпидермиса. Поверхность эрозий влажная, блестящая, синюшно-красного цвета. Вокруг эрозий имеются отсевы, представленные мелкими вялыми пузырьками, эритематозными пятнами.  1. Поставьте предварительный диагноз.  2. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?  3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.  4. Составьте план лечения больной.  5. Выпишите рецепты. | 1.Поверхностный кандидоз крупных складок.  2.Микроскопическое исследование патологического материала.  Культуральное исследование.  3**.** С эритразмой, псориазом складок, себорейным дерматитом, стрептококковой опрелостью.  4.Фунгицидные препараты (канестен, клотримазол, экзодерил, нитрофунгин, микосептин, амиказол, батрофен, микозолон, цинкундан, крем залаин)  3% борная кислота, марганцево-кислый калий 1:1000, резорцин 1-2%, хлоргексидина биглюконат 0,05%.  Водные и спиртовые анилиновые красители  **5.** Rp.: Ung. «Travocort» 30,0  D.S.Смазывать кожу 2 раза в день.  Rp.: Ung. «Exoderil» 15,0  D.S.Смазывать очаги 1 раз в день | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 39 | Больной 65 лет после проведения курса химиотерапии по поводу заболевания предстательной железы почувствовал болезненность в полости рта при приёме пищи.На слизистой полости рта в области щек, губ, мягкого неба эрозии, покрытые белесоватым «творожистым» налетом. Налет легко снимается шпателем. Кожа в углах рта воспалена, также покрыта белым налетом. В правом углу рта при снятии налета обнажается эрозия линейной формы.  1. Поставьте предварительный диагноз.  2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?  3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?  4. Наметьте план лечения больного.  5. Выпишите рецепты. | **1.** Кандидозный стоматит, кандидозная заеда.  **2.** микроскопическое исследование налета с полости рта. Проведение серологических реакций: РПГА (реакция пассивной гемагглютинации), ИФА (иммунный ферментный анализ), определение IgE против С. albicans; посев материала со слизистой полости рта.  **3.** Стрептококковой, сифилитической, микотической заедами, эрозивной формой красного плоского лишая, афтозным стоматитом, вторичными сифилидами.  **4.** Местное лечение: Полоскания содовые, с раствором шалфея, ромашки.  На язык, слизистую рта водный 5% тетраборат натрия (бура) в глицерине. Облепиховое масло на очаги поражения.  Водные и спиртовые анилиновые красители.  В случае стойкости процесса - внутрь Diflucan 50 мг в течение 1 недели ежедневно.  **5.** Rp: Fucorcini 25,0  D.S. Смазывать очаги 1 раз в день. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 40 | К дерматологу обратилась мать с ребенком 10 лет по поводу очагов облысения на голове.На волосистой части головы в затылочной и теменной областях определяются 3 округлых очага облысения с четкими границами от 2 до 4 см в диаметре. На коже в очагах поражения эритема, пластинчатые чешуйки, волосы обломаны на высоте 4-6мм от уровня кожи.  1. Поставьте предварительный диагноз.  2. Этиология и патогенез заболевания.  3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?  4. Назначьте лечение.  5. Какие особенности эпидемиологического анамнеза необходимо выяснить у больного? | **1.** Микроспория волосистой части головы и гладкой кожи.  2.Наиболее распространена зооантропозная микроспория, вызываемая Microsporum canis. Заражение происходит в основном при контакте с больным животным или через предметы, инфицированные их шерстью.  3.Микроскопическое исследование на грибы пораженных волос  Осмотр под люминесцентной лампой Вуда.  Культуральное исследование.  Клинический анализ крови.  Анализ мочи.  Биохимическое исследование функции печени.  4. Общее лечение:  Противогрибковые антибиотики гризеофульвин, тербинафин, итраконазол. Местное лечение: Антимикотические лекарственные средства (клотримазол, крем или мазь, местно 2 р/сут; оксиконазол; 10% серно- 3% салициловая мазь местно вечером, йод 2% спиртовая настойка местно утром).  5. Были ли контакты с другими детьми и животными? | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 41 | Больной 40 лет заболел 2 недели назад, когда на коже подбородка заметил плотный узел. На подбородке узел округлой формы, плотной консистенции. На поверхности узла множество пустул, при надавливании на узел выделяются капельки жидкого гноя. Волосы легко удаляются. Подчелюстные лимфоузлы увеличены до размеров крупной горошины, болезненны при пальпации, мягкой консистенции, с окружающими тканями не спаяны. Больной работает конюхом. Своё заболевание связывает с чисткой лошадей.  1. Поставьте предварительный диагноз.  2. Этиология заболевания  3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?  4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?  5. Методы лечения и профилактики. | **1.** Инфильтративно-нагноительная трихофития (паразитарный сикоз).  **2.** Инфильтративно-нагноительную (зооантропонозную) трихофитию, обуславливают зоофильные грибы (Trichophyton mentagrophytes var. gypseum и Trichophyton verrucosum), паразитирующие на животных (крупный рогатый скот, лошади, овцы и др.). Заболевание может протекать в виде поверхностной, инфильтративной и инфильтративно-нагноительной форм.  **3.** Микроскопическое исследование на грибы;  культуральное исследование;  клинический анализ крови;  анализ мочи;  **4.** С микроспорией, вульгарным сикозом, фурункулом.  **5.** Местное лечение: Антисептики и противовоспалительные средства (в виде примочек или мази).  Профилактика: первичная профилактика (соблюдение мер личной гигиены); Вторичная профилактика (дезинфекция нательного и постельного белья, головных уборов, предметов обихода). | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 42 | У больного 28 лет на коже верхней половины туловища и шее желтовато-коричневые пятнама различных размеров и очертаний с тенденцией к слиянию, покрыты отрубевидными чешуйками. На шее единичные депигментированные пятна, сливающиеся между собой. Из сопутствующих заболеваний отмечает вегетоневроз, повышенную потливость.  1. Поставьте диагноз.  2. Какие инструментальные и лабораторные исследования можно провести для подтверждения диагноза?  3. Проведите дифференциальный диагноз данного дерматоза.  4. Составьте план лечения больного.  5. Выпишите рецепты. | **1.** Отрубевидный лишай.  **2.** Осмотр под люминесцентной лампой Вуда, микроскопическое исследование чешуек кожи, йодная проба.  **3.** С розовым лишаем Жибера, сифилитическими розеолами, себорейным дерматитом, сифилитической лейкодермой, сухой стрептодермией, витилиго.  4. Общее лечение: Противогрибковые препараты системного действия (тербинафин, итраконазол, флуконазол). Местное лечение: фунгицидные кремы, мази, растворы, спреи.  5. Rp.: Ung.Clotrimasoli 1% 20,0  D.S.Смазывать очаги поражения 3 раза в день  Rp.: Ung. «Exoderil» 15,0  D.S.Смазывать очаги 1 раз в день | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 43 | У ребенка 5 лет на коже лица 3 очага поражения округлой формы, в центре очаги покрыты сероватыми чешуйками, по периферии валик из слившихся пузырьков, корочек, папул. На волосистой части головы в затылочной области очаг облысения округлой формы до 5 см в диаметре, покрыт серыми чешуйками. Волосы в очаге обломаны на уровне 4-6 мм и имеют беловатый чехлик у основания. Незадолго до возникновения заболевания ребенок принес с улицы котенка.  1. Поставьте предварительный диагноз.  2. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?  3. Дифференциальный диагноз данного дерматоза.  4. Составьте план лечения.  5. Выпишите рецепты. | **1.** Микроспория гладкой кожи и волосистой части головы.  **2.**  Осмотр под люминесцентной лампой Вуда, микроскопическое исследование чешуек кожи.  **3.** С трихофитией, розовым лишаем Жибера, себореидами, очаговым облысением.  **4.** Общее лечение:  Противогрибковые антибиотики (гризеофульвин, тербинафин, итраконазол). Местное лечение: фунгицидные кремы, мази, йод 2% спиртовая настойка местно утром).  5. Rp.: Ung. «Mycospor» 25,0  D.S.Смазывать кожу 2 раза в день  Rp.: Cremoris «Lamisil» 30,0  D.S.Наносить на очаги поражения 2 раза в день тонким слоем, слегка втирая | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 44 | У подростка на подошвах и в межпальцевых складках стоп на коже подошв эрозии с явлениями мокнутия, на своде стоп сгруппированные пузырьки по типу «саговых зерен», в межпальцевых складках шелушение, трещины, пузырьки и эрозии.  1. Поставьте предварительный диагноз.  2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?  3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?  4. Назначьте лечение больному.  5. Рекомендации больному после клинического выздоровления. | **1.** Микоз стоп, интертригинозно-дисгидротическая форма клинически.  **2.** Микроскопическое исследование патологического материала.  Культуральное исследование.  **3.** Дифференциальная диагностика с дисгидротической экземой, псориазом, пустулезным бактеридом Эндрюса, кератодермией, паховой эпидермофитией.  **4.** Общее лечение: при острых воспалительных явлениях гипосенсебилизрующие и антигистаминные препараты. Местное лечение: анилиновые красители, примочки, противогрибковые мази и кремы.  **5.** Выполнение гигиенических правил по уходу за кожей стоп (профилактика микротравм, потертостей, устранение гипергидроза или сухости кожи, плоскостопия и др.).  дезобработка обуви, перчаток, белья и предметов обихода до отрастания здоровых ногтей. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 45 | Больная 56 лет состоит на учете у эндокринолога по поводу сахарного диабета и ожирения. Процесс локализуется в паховобедренных складках, на коже под молочными железами, на слизистой рта. В крупных складках очаги поражения представлены крупными эрозиями, имеющими резкие границы, темно-красный цвет с блестящим ливидным оттенком. По периферии очагов бордюр из белесоватого, отслаивающегося, мацерированного эпидермиса. Вокруг очагов поражения единичные везикулы, пустулы, серозные корочки. На гиперемированном фоне слизистой оболочки щек, языке и деснах налеты белого цвета, склонные к слиянию. Налеты легко снимаются шпателем.   * 1. Поставьте предварительный диагноз   2. Какие исследования можно провести для установления диагноза?   3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?   4. Консультации каких специалистов необходимы больной?   5. Составьте план лечения больной | **1.** Поверхностный кандидоз крупных складок. Кандидозный стоматит.  **2.** Микроскопическое исследование патологического материала.  Культуральное исследование.  **3.** С эритразмой, псориазом складок, себорейным дерматитом, стрептококковой опрелостью.  **4.** Стоматолога, эндокринолога.  **5.** Общее лечение: Противогрибковые препараты (нистатин, леворин, дифлюкан, кетоконазол, микогептин) Местное лечение: Фунгицидные препараты (канестен, клотримазол, экзодерил, нитрофунгин, микосептин, амиказол, батрофен, микозолон, цинкундан)  3% борная кислота, марганцево-кислый калий 1:1000, резорцин 1-2%, хлоргексидина биглюконат 0,05%. Водные и спиртовые анилиновые красители. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 46 | У больного 40 лет на коже туловища, внутренней поверхности бедер, в межпальцевых складках кистей множественные парные папуло – везикулы, элементами, экскориации, пустулы, эрозии, покрытые гнойно-геморрагическими корочками. На коже разгибательных поверхностей локтевых суставов обильные наслоения гнойно-геморрагических корок. Беспокоит зуд, усиливающийся в ночное время.   1. Поставьте диагноз. 2. Составьте алгоритм обследования больного 3. С какими дерматозами необходимо провести дифференциальную диагностику? 4. Общие принципы лечения заболевания. 5. Профилактика заболевания | 1.Распространенная чесотка, осложненная пиодермией.  2.Данные анамнеза, эпидемиологические данные, микроскопическое исследование соскоба с кожи для выявления чесоточного клеща.  3.С аллергическим дерматитом, пиодермией, крапивницей, флеботодермией, почесухой.  4. Лечение больных, выявленных в одном очаге, должно проводиться одновременно во избежание повторного заражения  Лечение назначают всем лицам, контактировавшим с больными (членам семьи, половым партнером и др.)  Акарицидные препараты наносят на кожу в вечернее время, что связано с повышением активности возбудителя в вечернее и ночное время и поступлением скабицидов в кишечник при питании клеща.  5. **Профилактика заболевания**  Активное выявление больных. Привлечение и обследование источников заражения и контактных лиц  Проведение профилактических и лечебных мероприятий в очагах. Организация и проведение дезинфекции в очагах чесотки. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 47 | У больной 30 лет на коже сгибательной поверхности правого плеча располагается тестоватой консистенции узел 3,0 - 3,5 см в диаметре, в центре которого имеется неправильной формы язва с круто – обрывистыми краями. Дно язвы неровное, зернистое, местами покрыто желто – серым налетом. Вокруг язвы валообразный умеренно - плотный инфильтрат. Лимфатические узлы не увеличены. Отмечается четковидный лимфангоит. с жалобами на появление «опухоли» на коже плеча.  Больная проживает в Таджикистане.     1. Поставьте диагноз.   2. Дайте определение заболеванию.  3. Этиология заболевания.  4. Эпидемиология заболевания.  5. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами. | **1.** Лейшманиоз, городской тип (антропонозный кожный лейшманиоз).  **2.** Лейшманиоз – вызванное простейшими заболевание с различными клиническими проявлениями, которые зависят и от вида лейшманий как инфицирующего агента, и от иммунного ответа хозяина.  **3.** Возбудитель кожного лейшманиоза получил название Leishmania tropica.  По морфологическим особенностям выделяют две разновидности лейшманий:  1. Leishmania tropica var. major– большие паразиты округлой, овальной формы и редко имеющие форму рисового зерна величиной 5,49\*3,92 мкм. 2. Leishmania tropica var. minor– малые паразиты преимущественно в форме рисового зерна, реже круглые или овальные величиной 3,92\*3,24 мкм.  4.Существование лейшманий связано со сменой «хозяев»: хранителя вируса («резервуара инфекции») и кровососущего переносчика, которым является москит. В городах основным «хранителем вируса» является больной человек. Роль собачьего лейшманиоза и других предполагавшихся резервуаров инфекции остается пока неясной. Резервуаром вируса сельского лейшманиоза является большая песчанка и тонкопалый суслик. Сельский кожный лейшманиоз является зоонозом – заболеванием животных. Попутно заболевает человек, попавший в этот природный очаг трансмиссивной болезни.  Заболеваемость зоонозным лейшманиозом в эндемических зонах (в Средней Азии и на Кавказе).  **5.** Грибковые инфекции (споротрихоз, бластомикоз),  бактериальные инфекции (лепра, туберкулез кожи),  трепонематозы (фрамбезия, пинта), пиодермии (импетиго, эктима, фурункулез),  вирусные дерматозы  опухоли (лимфома кожи, кератоакантома, базальноклеточная карцинома) | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 48 | При осмотре детей в школе – интернате у девочки 8 лет на волосистой части головы в затылочной области обнаружены вши, на волосах располагаются гниды. Волосы склеены серозно – гнойным экссудатом. Кожа головы эритематозна, покрыта геморрагическими и гнойными корками. Задние шейные лимфатические узлы увеличены в размерах, болезненные при пальпации.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология заболевания.  3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику данного дерматоза?  4. Эпидемиология заболевания.  5. Назначьте лечение больной. | 1. Педикулез волосистой части головы, осложненный пиодермией  **2.** Заболевание вызывают облигатные паразиты человека – вши. Вши – плоские бескрылые насекомые. Для каждого специфического участка тела характерен свой вид вшей.  **3.** С себорейным дерматитом, чесоткой, импетиго и микозами волосистой части головы; укусами блох, клопов  **4.** Заражение педикулезом волосистой части головы происходит обычно через головные уборы, щетки для волос, наушники, а также возможно заражение при прямом контакте.  **5.** Показаны пиретрины, природные и синтетические инсектициды.  Перметрин (5% жидкость) на ночь под шапочкой для душа. Возможно бритье головы.  В период лечения полезно расчесывать волосы специфическим гребнем против гнид. Обработка волос раствором из 50% уксуса и 50% воды, который наносят на волосы и удаляют через 15 минут, (помогает отклеить яйца гнид). Лечение повторить через 3-5 дней. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 49 | У няни детского сада на лице появились высыпания. Самостоятельно применяла наружно раствор бриллиантовой зелени.  При осмотре на коже лица в области щек, подбородка на фоне разлитой эритемы множество фликтен, серозно-гнойных корочек, эрозий.   1. Поставьте диагноз. 2. Особенности развития воспалительного процесса в очаге инфекции. 3. Эпидемиология заболевания 4. Перечислите клинические разновидности данного заболевания.   5. Выпишите рецепты наружной терапии. | **1.**  Стрептококковое импетиго.  2.Клинические особенности стрептококкового воспалительного процесса - вяло текущий воспалительный процесс с резким отеком ткани и быстрым образованием в очаге инфекции пузырька, окруженного гиперемией; раннее развитие лимфангоитов и лимфаденитов, часто с бурной общей реакцией – высокой температурой тела, головной болью, изменениями в крови, с тенденцией к диссеминации процесса.  3. Источником инфекции являются чаще всего лица, больные стрептококковыми заболеваниями кожи и слизистых оболочек (хронический ринит, ангина, скарлатина). Возбудитель передаетсячерез белье, одежду, игрушки, инфицированные руки.  4. Щелевидное импетиго (заeда, угловой стоматит).  Околоногтевое импетиго (турниоль, поверхностный панариций). Пузырное (буллезное) импетиго.  Кольцевидное импетиго.  Гирляндоподобное импетиго.  5.Rp: Liquoris Castellani 50,0  D.S. Смазывать очаги поражения 2 раза в день.  Rp: Ung. Lyncomycini 2%-15,0  D.S. Наносить на очаги поражения. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 50 | К дерматологу обратилась больная 38 лет с жалобами на появление болезненного узла на коже руки, ощущение движения в коже. Свое заболевание связывает с укусом насекомого. Больная по профессии биолог, недавно вернулась из командировки по районам Южной Америки.  При обследовании на коже разгибательной поверхности правого предплечья определяется болезненный красный узел диаметром 5 мм. В узле имеется центральное точечное отверстие размером 1-2 мм, из которого выделяется серозный экссудат.  1. Поставьте предварительный диагноз.  2. Проведите обоснование диагноза.  3. Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?  4. Этиология заболевания.  5. Назначьте лечение больной. | **1.** Миаз кожи.  **2.** Данное заболевание можно подозревать, учитывая, что больная недавно вернулась из Южной Америки и отмечает укус насекомого.  **3.** Для подтверждения диагноза необходимо извлечь из очага поражения личинку насекомого.  **4.** Миаз – паразитарная инфекция, вызываемая крупными некровососущими насекомыми – оводами. Наблюдается у лиц, вернувшихся из районов Центральной и Южной Америки. Возбудитель – Dermatobia hominis.  5. Закрыть дыхательное отверстие вазелином, таким образом заставить личинку выйти из очага на поверхность и удалить пинцетом. Для удаления крупных личинок можно применить скальпель, сделав крестообразный надрез. Далее рану обработать дезинфицирующими средствами. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 51 | К дерматовенерологу обратилась больная 45 лет с жалобами боли в суставах.  Больной себя считает в течение нескольких дней. Свое заболевание связывает с укусом клеща.  Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на коже средней трети правой голени. Очаг поражения диаметром 8-10 см, представлен красным четко ограниченным пятном с разрешение в центре.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию  3. Какие проявления заболевания являются наиболее распространенными?  4. С какими дерматозами необходимо проводить дифференциальную диагностику?  5. Профилактика заболевания. | **1.** Лайм – боррелиоз (мигрирующая эритема).  **2.** Лайм – боррелиоз – антропозооноз, который проявляется мультисистемными поражениями кожи и других органов (суставов, нервов, сердца, глаз и др.).  3. Кожные поражения являются наиболее распространенным проявлением заболевания. Они встречаются в 70-80% всех случаев (среди них превалирует мигрирующая эритема – до 85% случаев), хронический атрофический акродерматит (10%), боррелиозная лимфоцитома (5%)  4. С микозом гладкой кожи, укусами насекомых, кольцевидной гранулемой, крапивницей, фиксированной эритемой.  **5.** Предупреждение укусов клещей: ношение закрытой одежды, применение противоклещевых репеллентов, частые осмотры кожи с целью раннего обнаружения и правильного удаления клеща. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 52 | У подростка появились высыпания в области живота, бедер, сопровождающиеся зудом. В семье все здоровы. Больной ведет беспорядочную половую жизнь. Высыпания расположены на переднебоковых поверхностях туловища, животе, внутренней поверхности бедер, в области половых органов. Представлены множественными парными папулезно-везикулезными элементами, геморрагическими корочками, линейными экскориациями. На локтях гнойные и геморрагические корочки.   1. Поставьте диагноз. 2. Перечислите дифференциально – диагностические критерии заболевания. 3. Рекомендуемые лекарственные средства для проведения наружной терапии 4. Критерии эффективности лечения 5. Наиболее частые ошибки в лечении. | 1. Распространенная чесотка, осложненная пиодермией.  2. Внезапное появление зуда среди полного здоровья  Усиление зуда в вечернее и ночное время.  Наличие чесоточных ходов  Типичная локализация высыпаний.  Отсутствие эффекта от проведенного ранее лечения антигистаминными, десенсибилизирующими, противовоспалительными средствами, в том числе кортикостероидными мазями  Эпиданамнез.  **3.** Бензилбензоат(20% эмульсия, мазь). Перметрин (эмульсия) . Спрегаль (аэрозоль).  Серная мазь (серная мазь простая 33%) .  **4.** Исчезновение зуда и высыпаний на коже, нормализация сна.  **5.** Увеличение длительности лечения и кратности применения препаратов. Отсутствие лечения контактных лиц, возможность повторного заражения («пинг-понговая» инфекция). Неполноценные дезинфекционные мероприятия. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 53 | К дерматовенерологу обратился больной 48 лет с жалобами на появление язвы на коже щеки.  Больной проживает в сельской местности Туркмении. Подобные язвы отмечал у некоторых жителей своего села.  При осмотре на коже левой щеки фурункулоподобный инфильтрат ярко красного цвета с изъязвлением в центре. Язва фестончатой формы с обрывистыми краям и некротическим грязно – желтоватым дном. Вокруг инфильтрата отмечается узловатый лимфангоит.     1. Поставьте диагноз. 2. Дайте определение заболеванию 3. Диагностика заболевания 4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами. 5. Возможные осложнения заболевания | **1.** Лейшманиоз, сельский тип (зоонозный кожный лейшманиоз).  **2.** Лейшманиоз – вызванное простейшими заболевание с различными клиническими проявлениями, которые зависят и от вида лейшманий как инфицирующего агента, и от иммунного ответа хозяина. Зоонозный кожный лейшманиоз встречается в сельских местностях, на окраинах городов.  3.Пребывание в эндемичных по лейшманиозу местностях в последние 1—2 года, , характерные клинические симптомы, обнаружение лейшманий бактериоскопическими и бактериологическими методами, патогистологическое исследование.  4.Пиодермии (импетиго, эктима, рупия, фурункул, карбункул), мягкий и твердый шанкр,  кожный рак, узловатую эритему, тромбофлебит, лимфангоит другого происхождения, глубокие микозы.  5. Возможны разнообразные осложнения кожного лейшманиоза в виде рожи, абсцесса, флегмоны, лимфоррагии и других патологических процессов. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 54 | К дерматовенерологу обратилась больная 29 лет с жалобами на появление образования на мочке уха. Больной себя считает в течение 5 дней. Свое заболевание связывает с укусом клеща. Через 3 дня после укуса клеща отметила появление на мочке уха пятна.  При осмотре на мочке правого уха бляшка голубовато – красного цвета, диаметром 1-3 см.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию  3. Проведите дифференциальную диагностику дерматоза.  4. Назначьте лечение больной.  5. Профилактика заболевания. | 1. Болезнь Лайма (боррелиозная лимфоцитома)  2.Лайм – боррелиоз – антропозооноз, который проявляется мультисистемными поражениями кожи и других органов (суставов, нервов, сердца, глаз и др.).  3.С гистиоцитомой, ангиомой, саркомой Капоши, гранулемой лица, кольцевидной гранулемой, саркоидозом, красной волчанкой, келоидом. Во всех случаях помогает гистопатологическое исследование.  4.Учитывая неосложненную форму заболевания больной достаточно назначить один из антибиотиков ( прием внутрь доксициклина 100мг х 2 раза в день 20-25 дней, или амоксициклин 3г ежедневно 15 дней, или азитромицин 500 мг ежедневно 10-15 дней ).  5.Предупреждение укусов клещей: ношение закрытой одежды, применение противоклещевых репеллентов, частые осмотры кожи с целью раннего обнаружения и правильного удаления клеща. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 55 | У боьного 20 лет в левой подмышечной области пальпируется болезненный, конической формы инфильтрат размером с вишню, в центре которого язва, покрытая гнойной коркой.  Подвижность руки ограничена.   1. Назовите морфологический элемент сыпи, имеющийся у данного больного. Дайте определение. 2. Перечислите первичные морфологические элементы сыпи. 3. Методика взятия материала для выявления чесоточного клеща. 4. Правила постановки и оценки кожных проб. 5. Выпишите рецепт присыпки. | 1.Узел (nodus) - образование, возвышающееся над кожей, величиной от лесного ореха до размера человеческого кулака.  2.Бесполостные: пятно, узелок, узел, бугорок, волдырь. Полостные: пузырек, пузырь, гнойничок.  3. Кожу в очаге поражения смазывают 40% раствором молочной кислоты, которая способствует размягчению рогового слоя, через 10 минут берут соскоб кожи над чесоточными ходами.  4. Аппликационные пробы обычно проводят на коже внутренней поверхности предплечья, живота или спины. На поверхность кожи накладывают квадратный кусочек марли размером 1х1 до 2х2 см, смоченной раствором испытуемого вещества. Поверх марли накладывают компрессную бумагу, затем - квадрат или две полоски липкого пластыря. Пробу ставят на 24 часа. Анализ результатов кожных аппликационных тестов проводят через 48 часов с момента их постановки.  5. Rp.:Zinci оxydi  Talci aa 15,0  Mf. Pulv.  D.S. Для наружного применения. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 56 | У больной высыпания на коже туловища ярко-розовой окраски, не возвышаются над уровнем кожи. Размеры высыпаний варьируют от 0,5 до 1 см в диаметре. При надавливании предметным стеклом элементы сыпи исчезают.   1. О каких морфологических элементах идет речь? 2. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы? 3. Особенности сбора анамнеза у больного кожным заболеванием. 4. Перечислите специальные методы обследования дерматологического больного. 5. Выпишите рецепт водно-взбалтываемой взвеси (болтушки). | **1.** У больного на коже сосудистые воспалительные пятна (розеола).  **2.** Данные морфологические элементы характерны для вторичного сифилиса, токсикодермии, инфекционных заболеваний.  3. Начало заболевания. Причины, с которыми больной связывает свое заболевание. Результаты лечения заболевания в прошлом.  Особенности течения заболевания: сезонность, склонность к рецидивам.  Сведения о пребывании больных в эндемических очагах.  Сведения о половых и бытовых контактах больного. Наличие сопутствующих заболеваний. 4. Метод диаскопии или витропрессии, поскабливания. Определение дермографизма. Вызывать симптом Никольского.  Вызывать псориатические феномены.  Оценивать изоморфную реакцию Кебнера  **5.** Rp.:Zinci оxydi  Talci Amyli aa 10,0  olei Persicorum ad 100,0  M.D.S. Для наружного применения. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 57 | При осмотре детей в школе интернате у девочки 13 лет обнаружены высыпания в области лица, шеи, локтевых сгибов и подколенных ямок. В очагах поражения кожа утолщена, гиперемирована, сухая, кожный рисунок усилен, наблюдаются множественные линейные повреждения, покрытые кровянистыми корочками. Высыпания сопровождаются интенсивным зудом.   1. Дайте определение морфологическим элементам сыпи. 2. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы? 3. Перечислите показания для назначения примочек. 4. Методика постановки кожных проб. 5. Выпишите рецепт на антисептический препарат. | **1.**  (lichenificatio) – ограниченное уплотнение кожи с подчеркнутым кожным рисунком.  Ссадина или экскориация. (ехсоriаtiо) - нарушение целостности кожного покрова в результате механического повреждения.  **2.** Лихенификация характерна для атопического дерматита, застарелой экземы. Ссадина или экскориация характерны для чесотки, атопического дерматита, экземы. Ссадины могут возникать на слизистой в результате повреждения протезом, разрушенным зубом.  **3.** Назначаются на островоспалительные участки с выраженной отечностью и эритемой (контактный аллергический дерматит, экзема, отек Квинке).  **4.** Аппликационные пробы обычно проводят на коже внутренней поверхности предплечья, живота или спины. На поверхность кожи накладывают квадратный кусочек марли размером 1х1 до 2х2 см, смоченной раствором испытуемого вещества. Поверх марли накладывают компрессную бумагу, затем - квадрат или две полоски липкого пластыря. Пробу ставят на 24 часа.  **5.** Rp.:Methylini coeruli 0,5  Spiritus aeyhylici 70%-50,0  M.D.S. Для смазывания кожи. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 58 | В клинику поступил больной по поводу диссеминированного туберкулеза легких. Больным себя считает в течение двух недель, когда появились мелкие высыпания на лице. Самостоятельно не лечился.  Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на коже лица. Высыпания представлены бесполостными морфологическими элементами размером до 0,3 см в диаметре. Поверхность элементов гладкая, очертания округлые, цвет желтоватый, консистенция мягкая.   1. Дайте определение морфологическим элементам сыпи. 2. Какой патоморфологический процесс лежит в основе образования данных морфологических элементов. 3. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы? 4. Выпишите рецепт цинковой пасты. 5. Перечислите последовательность применения и смены лекарственных форм в зависимости от остроты и динамики кожного процесса.   патологии | **1.** Бугорок (tubeгculum) - образование, холмовидно возвышающееся над уровнем кожи и слизистой, величиной до вишневой косточки, образующееся в результате отложения специфического клеточного инфильтрата в собственно коже или в нижних отделах соединительнотканного слоя слизистой оболочки.  **2.** Гистологически бугорки представляют собой инфекционную гранулёму.  **3.** Туберкулез кожи, лейшманиоз, лепра, сифилис.  **4.** Rp.:Zinci оxydi  Vaselini aa 15,0  M.D.S. Для наружного применения.  **5.** Чем острее воспалительный процесс, тем щадящей должна быть терапия, тем более поверхностным должно быть действие лекарственных средств. Примочки, присыпки, взбалтываемые смеси действуют поверхностней паст, мазей, кремов, лаков, пластырей. На островоспалительные участки с выраженной отечностью и эритемой назначаются примочки, взбалтываемые взвеси (болтушки), затем пасты и мази. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 59 | Больная 20 лет отмечала высыпания на коже конечностей и туловища, которые появились на коже конечностей и туловища. Высыпания появлялись приступообразно, существовали в течение 2-3 часов и затем бесследно исчезали, сопровождались зудом. При осмотре на коже конечностей и туловища уртикарные элементы различной величины, возвышающиеся над уровнем кожи, розово-красного цвета. Дермографизм красный, стойкий, разлитой.   1. Дайте определение морфологическим элементам сыпи. 2. Какие патоморфологические механизмы лежат в основе развития данного морфологического элемента? 3. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы? 4. Тактика назначения примочек при островоспалительных процессах кожи. 5. Перечислите слои эпидермиса. | **1.** Волдырь (urtica)– острый ограниченный отек собственно кожи.  **2.** Отек собственно кожи.  3. Возникают при крапивнице, при токсикодермиях, дерматозе Дюринга, при сывороточной болезни, ангионевротическом отеке Квинке.  4. Примочки обладают адсорбирующим, охлаждающим действием, связанным с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи для прекращения мокнутия и уменьшения воспаления. Применяются холодными. Примочки охлажденных растворов применяют при экземе, аллергическом дерматите и токсикодермии, к примеру, Sol. Acidi borizi 1-2%, Sol.Tanini 2%, Sol.furacillini 0,01-0,05%. Примочка делается следующим образом: стерильную салфетку или широкий бинт смачивают в лекарственном растворе (для грудных детей комнатной температуры). Для детей дошкольного, школьного возраста – охлажденные, отжимают и накладывают на пораженную поверхность. Не допускать согревание (не более 2-3 мин.)  **5.** Базальный, шиповидный, зернистый, блестящий, роговой. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 60 | У ребенка 10 лет на коже верхних конечностей, груди и спины полостные элементы, содержащие прозрачную жидкость, покрышка элемента дряблая, тонкая, диаметр высыпаний от 0,5 см до 1 см. Элементы расположены на видимо неизмененной коже. На груди эрозии размером 1,5×2,0 см, покрытые серозными корочками.  При цитологическом исследовании мазков-отпечатков были обнаружены акантолитические клетки. При гистологическом исследовании в шиповатом слое - явления акантолиза.   1. Назовите первичные и вторичные морфологические элементы сыпи, имеющиеся у данного больного. Дайте им определение. 2. При каких заболеваниях возникают данные морфологические элементы? 3. Что такое «акантолиз»? 4. Какие первичные морфологические элементы сыпи вы знаете? 5. Выпишите рецепт салициловой мази. | **1.** Первичные морфологические элементы сыпи – пузыри. Вторичные морфологические элементы сыпи – эрозии, серозные корочки. Пузырь (bulla) - ограниченное полостное образование, выступающее над уровнем кожи, имеющее резкие границы, округлые или овальные очертания.  Эрозия (erosio) - поверхностный дефект эпидермиса. Корка (cгusta) - ссохшийся экссудат  **2.** Акантолитическая пузырчатка, герпетиформный дерматит Дюринга, пемфигоид Левера, пузырчатка глаз, болезнь Хейли-Хейли, пузырно – сосудистый синдром.  **3.** Акантолиз – экссудативное патогистологическое изменение, характерное для шиповидного слоя эпидермиса. Обусловлено нарушением межклеточных связей шиповидных клеток и образованием пузырей в шиповидном слое эпидермиса.  **4.** Бесполостные: пятно, узелок, узел, бугорок, волдырь. Полостные: пузырек, пузырь, гнойничок.  **5.** Rp.: Acidi salicylini 2,0 Vaselini aa 100,0  M.D.S. Для наружного применения. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 61 | У больной 40 лет на коже тыла кистей очаги с нечеткими границами. В очагах на фоне ярко выраженной эритемы и отека множественные микровезикулы с серозным содержимым, эрозии, серозно-геморрагические корки, экскориации, мелкокапельное мокнутие.     1. Дайте определение морфологическим элементам, имеющимся у данной больной. 2. Какие виды вторичных морфологических элементов вы знаете? 3. Перечислите слои дермы. 4. Тактика назначения примочек при островоспалительных процессах кожи. 5. Выпишите рецепты гипосенсибилизирующего и антигистаминного препаратов. | **1.** Эритема – сосудистое воспалительное пятно размером с 2 рублевую монету. Пузырек (vesicula) - полостное образование, размером 0,1 - 0,3 мм в диаметре. Эрозия (erosio) - поверхностный дефект эпидермиса. Корка (cгusta) - ссохшийся экссудат. Ссадина или экскориация. (ехсоriаtiо) - нарушение целостности кожного покрова в результате механического повреждения.  **2.** Дисхромии кожи (dischгomia cutis), чешуйка (squama), корка (cгusta), трещина (fissuгa), ссадина или экскориация (ехсоriаtiо), эрозия (erosio), язва (ulcus), рубец (cicatrix), вегетации (vegetationes), лихенификация (lichenificatio).  3.Сосочковый и сетчатый  4. Примочки обладают адсорбирующим, охлаждающим действием, связанным с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи для прекращения мокнутия и уменьшения воспаления. Применяются холодными. Примочки охлажденных растворов применяют при экземе, аллергическом дерматите и токсикодермии, к примеру, Sol. Acidi borizi 1-2%, Sol.Tanini 2%, Sol.furacillini 0,01-0,05%.  **5.** Rp: Sol. Cаlcii glyconatis 10%-10,0  D.t.d. № 10 in amp.  S. По 10 мл. в/венно.  Rp: Sol. Suprastini 2%-1.0 D.t.d. № 10 in amp.  S. По 1 мл. в/м 2 раза в день. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 62 | При осмотре детей в детском саду у девочки 5 лет на коже верхних конечностей и туловища обнаружены поверхностные полостные элементы с вялой покрышкой, мутноватым гнойным содержимым, окруженные венчиком гиперемии. Элементы сыпи расположены вне связи с фолликулами. На месте некоторых элементов – серозно-гнойные корки.   1. Перечислите первичные и вторичные морфологические элементы сыпи. 2. При каких заболеваниях возникают пустулезные элементы сыпи? 3. Перечислите слои эпидермиса 4. Какие виды шелушения вы знаете? 5. Выпишите рецепт водно-взбалтываемой взвеси (болтушки). | **1.** Первичные: пустула или гнойничек (pustula), эритема.  Вторичные: корка (crusta)  **2.** Пустулезные элементы сыпи характерны для гнойничковых заболеваний кожи, стерильные пустулы для пустулезного псориаза Цумбуша, болезни Снеддона-Вилькинсона, пустулезного бактерида Эндрюса, герпетиформного импетиго Гебры.  **3.** Базальный, шиповидный, зернистый, блестящий, роговой.  **4.** Муковидное, отрубевидное, пластинчатое (мелкопластинчатое, крупнопластическое).  **5.** Rp.:Zinci оxydi  Talci Amyli aa 10,0  olei Persicorum ad 100,0  M.D.S. Для наружного применения. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 63 | У подростка 13 лет при осмотре на коже лица и спины наблюдаются множественные поверхностные гнойничковые элементы сыпи конусовидной формы. Многие элементы пронизаны волосом в центральной части. Диаметр элементов составляет 1-5мм. На месте бывших элементов не остается стойких изменений кожи.   1. Дайте определение морфологическим элементам сыпи. 2. Как проводится осмотр и оценка состояния волос? 3. Методика забора патологического материала для выявления патогенных грибов при грибковых заболеваниях кожи, ногтей и волосистой части головы. 4. Методика удаления элементов заразительного (контагиозного) моллюска. 5. Какие феномены характерны для псориатической триады? | **1.** Пустула или гнойничок (pustula). Фолликулиты-пустулы расположены вокруг волосяного фолликула. Расположены вокруг волосяного фолликула или вокруг устья свободной сальной железы (acnae).  **2.** Необходимо обратить внимание на состояние волосяного покрова головы, подмышечных впадин, наружных половых органов, щетинистых волос бровей и ресниц, пушковых волос на коже туловища и конечностей. Оценить их цвет, длину, ломкость и блеск.  **3.** Из очага поражения берут для исследования чешуйки кожи, волосы, частицы ногтей. После получения соскоба материал заливают 15% раствором щелочи и подогревают в течение 15 минут для растворения мембран кератиноцитов, затем микроскопируют.  **4.** Контагиозные моллюски у детей удаляют с помощью стерильного пинцета или выскабливают острой ложечкой Фолькмана, а также диатермокоагуляцией. Папулы сильно сдавливаются двумя пальцами или пинцетом. Из центральной части моллюска выделяется кашицеобразное «творожистое содержимое» - это моллюсковые тельца. Оставшуюся капсулу необходимо захватить пинцетом, удалить до появления капли крови. Ложе обрабатывается 2% настойкой йода или 5% раствором марганцевокислого калия или фуксином.  **5.** Псориатическая триада включает в себя следующие феномены: феномен стеаринового пятна, феномен терминальной пленки, феномен «кровяной росы» или точечного кровотечения (Ауспитца). | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 64 | Больной 25 лет поступил в стационар с жалобами на высыпания на коже верхних и нижних конечностей, туловища, волосистой части головы, сопровождающиеся зудом.  Высыпания представлены бесполостными элементами ярко-розового цвета, поверхность которых покрыта мелкими, белыми легко отделяющимися чешуйками. Величина высыпаний от 3 мм до 6 см в диаметре. На месте бывших высыпаний сохраняется пигментация.   1. Назовите морфологические элементы. Дайте им определение. 2. Какой патоморфологический процесс лежит в основе образования данных морфологических элементов. 3. Перечислите показания к назначению мазевой терапии. 4. Что необходимо учитывать при назначении наружной терапии дерматологическому больному? 5. Какие методы обследования дерматологического больного вы знаете? | **1.** Узелок или папула (papula) -образование, возвышающееся над кожей, величиной от просяного зерна до 2 см в диаметре, образующееся вследствие отложения клеточного инфильтрата (КПЛ, псориаз), новообразования эпителия (бородавки), отложения инородных частиц патологических продуктов обмена (холестерина, амилоида, слизи, кальция и др.). Бляшка – папула размером более 2 см в диаметре. Чешуйки (squama) - роговые пластинки, потерявшие связь с нижележащими слоями эпидермиса.  **2.** Данные морфологические элементы образовалисьвследствие отложения клеточного инфильтрата в эпидермисе.  **3.** Показанием к назначению являются хроническое воспаление кожи с явлениями пассивной гиперемии, инфильтрации, лихенизации, гиперкератоза. Мази оказывают рассасывающий, противовоспалительный, кератопластический, а также кератолитические эффекты.  4.Проводить осмотр и оценку кожи больного;  оценить характер морфологических изменений, степень их выраженности, локализацию и площадь поражения кожи;  выбрать фармакологическое средство с учетом механизма действия (противовоспалительное, кератолитическое, кератопластическое, антибактериальное и др.) лекарственных субстанций, применяемых в моноформе или в компазиции;  соблюдать последовательность применения и проводить смену лекарственных форм в зависимости от остроты и динамики кожного процесса;  Примочки, присыпки, взбалтываемые смеси действуют поверхностней паст, мазей, кремов, лаков, пластырей.  **5.** Rp.: Diflucani 0,150 D.t.d. №3 in caps.  S. По 1 капсуле 1 раз в неделю. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 65 | В больницу скорой медицинской помощи доставлена  больная.  В течение двух дней  после приёма лекарств по поводу респираторного заболевания  отметила появления красных пятен и пузырей на коже туловища и конечностей,  болезненность кожи. Высыпания сопровождаются слабостью, недомоганием,  повышением температуры тела до 39-40 градусов, головной болью.  Процесс носит генерализованный характер.  Кожа напоминает «ошпаренную кипятком». На фоне эритемы определяются  вялые пузыри, мокнущие ярко-красные эрозии. Симптом Никольского  положительный. Общее состояние больной тяжелое.  1. Поставьте диагноз.  2. Назовите этиологические варианты заболевания.  3. Перечислите диагностические критерии заболевания.  4. Какие неотложные мероприятия необходимо провести?  5. Основные принципы лечения заболевания. | **1.** Синдром Лайелла  2. Лекарственный,инфекционный, смешанный, идиопатический.  **3.** Внезатное начало, быстрое нарастание температуры тела  Быстро распространяющаяся и сливающаяся эритема, на фоне которой появляются очаги геморрагий, болезненность кожи. Отслойка эпидермиса и формирование гигантских пузырей и эрозий. Положительный симптом Никольского. Тяжелое общее состояние. Отсутствие эозинофилов в периферической крови.  **4.** Больной должен быть госпитализирован в реанимационное отделение, желательно в ожоговый центр.  **5.** Основными принципами лечения являются: Этиотропная терапия – устранение фактора, вызвавшего ТЭН.  Патогенетическая терапия – интенсивная детоксикация организма, противоаллергическая и противовоспалительная терапия.  Симптоматическая терапия – коррекция водно-электролитного, белкового, кислотно-щелочного баланса, борьба с вторичной инфекцией, обезболивание, тщательный уход за кожей и др. При констатации ТЭН проводят неотложные мероприятия. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 66 | У больного в течение недели на коже туловища, рук и ног появились пятна ярко-красного цвета,  сопровождающиеся зудом. Возникновение заболевания связывает с приемом  антибиотиков по поводу хламидийной инфекции.  Процесс носит распространенный характер.  Симметричный. На коже шеи, верхних и нижних конечностей, груди,  живота, спины на фоне эритемы множественные мелкие папулы, везикулы,  единичные волдыри и экскориации.  1. Поставьте диагноз.  2. Какие лабораторные методы исследования могут подтвердить  причину возникновения заболевания?  3. Составьте план лечения больного.  4. Рекомендации больному после клинического выздоровления.  5. Выпишите рецепты антигистаминного и гипосенсибилизирующего  препаратов | **1.** Распространенная аллергическая токсикодермия  2. Анамнез болезни. Клиническая картина. Провокационные пробы.  Диагностические аллергические пробы in vitro с кровью больного.  Гистологическое исследование.  **3.** Токсикодермии аллергические, токсические и аллерго-токсические.  4. Устранение действия этиологического фактора  5. Патогенетическая терапия (детоксикация организма, антигистаминные и гипосенсибилизирующие препараты)  Симптоматическая терапия (наружные средства)  **6.** Rp: Sol. Cаlcii glyconatis 10%-10,0  D.t.d. № 10 in amp.  S. По 10 мл. в/венно.  Rp: Sol. Suprastini 2%-1.0  D.t.d. № 10 in amp.  S. По 1 мл. в/м 2 раза в день. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 67 | Больную 35 лет в течение 2-х лет беспокоят высыпания на руках при использовании стирального порошка.  В течение последних 3-х месяцев сыпь на кистях  полностью не исчезает, несмотря на исключение контактов со стиральным  порошком.  Процесс симметричный, локализуется на  коже тыльных поверхностей кистей, на предплечьях и туловище.  Представлен очагами с нечеткими границами. В очагах на фоне ярко  выраженной эритемы и отека множественные микровезикулы с серозным  содержимым, эрозии, серозно-геморрагические корки, экскориации,  мелкокапельное мокнутие. На предплечьях и коже туловища эритематозносквамозного характера элементы сыпи, единичные везикулы, экскориации.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология и патогенез заболевания  3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания  4. Составьте план обследования больной  5. Принципы лечения заболевания | **1.** Распространенная истинная экзема в стадии обострения.  **2.** Экзема развивается в результате комплексного воздействия экзогенных и эндогенных факторов. Как правило, экзема характеризуется ассоциацией с антигенами HLA-B22 и HLA-C1 поливалентной сенсибилизацией и аутосенсибилизацией, нарушением равновесия между деятельностью симпатического и парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.  **3.** Дифференциальная диагностика с атопическим дерматитом, токсидермией, пиодермией, аллергическим контактным дерматитом.  **4.** Аллергологическое исследование сыворотки крови, культуральное исследование, серологическая диагностика паразитарных заболеваний, бактериологическое исследование микрофлоры кожи.  **5.** Общее лечение:  1)Диета.  2) Антигистаминные и гипосенсибилизирующие препараты.  3) Дезинтоксикационные средства  4) Глюкокортикостероидные препараты системного действия.  Местное лечение:  Топические глюкокортикостероидные препараты. Препараты, оказывающие вяжущее действие Анилиновые красители.  Физиотерапевтическое лечение. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 68 | Ребенка четырех месяцев в течение двух недель беспокоят высыпания на коже щек, сопровождающиеся зудом.  Мать страдает бронхиальной астмой,  медикаментозной аллергией.  Кожа щек эритематозна, слегка отечна.  Границы эритемы не четкие, имеются множественные мелкие папулы,  везикулы, эрозии, из которых на поверхность выступают небольшие капли  серозного экссудата.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология и патогенез заболевания.  3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную  диагностику?  4. Какие исследования необходимо назначить ребенку?  5. Принципы лечения заболевания | 1. Экзема у детей (истинная).  2.Важную роль играет наследственная предрасположенность. Провоцирующие факторы могут проявляться рано – токсикоз первой половины беременности. Ребенок еще во внутриутробном периоде сенсебилизировался к аллергенам, циркулирующим в организме матери. Во внеутробном периоде аллергены передаются с грудным молоком и пищей. Возникают нарушения клеточного и гуморального звеньев иммунитета: снижается супрессорная и киллерная активность Т-систем иммунитета, в крови повышено содержание JgE, снижен JgА, выявляется дисфункция барьерного эпителия.  3.Дифференциальная диагностика с атопическим дерматитом, токсидермией, пиодермией, аллергическим контактным дерматитом, псориазом.  4. Аллергологическое исследование сыворотки крови, серологическая диагностика паразитарных заболеваний.  5.Общая терапия:  Режим охранительный: исключение контактов с возможными аллергенами, ограничение водных процедур, сон – не менее 12 часов.  Диета: исключить из питания матери высокоаллергенные продукты, ребенку лечебно-профилактические или лечебные смеси, введение каждого нового продукта проводить под строгим наблюдени­ем педиатра  Антигистаминные и гипосенсебилизирующие препараты.  Дезинтоксикационные средства.  Местное лечение: Топические глюкокортикостероидные препараты. Препараты, оказывающие вяжущее действие. Анилиновые красители. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 69 | Подросток 16 лет с детства страдае кожным заболеванием. Обострения наступают в осенне-зимний период года. Из сопудствующих заболеваний бронхиальная астма, хронический тонзиллит. У матери диагностирован  аллергический ринит.  Процесс носит распространенный  характер. .Кожа сухая, имеются множественные экскориации и пластинчатые  чешуйки. Очаги поражения располагаются преимущественно в подколенных  и локтевых сгибах, на лице, шее. Сыпь представлена мелкими округлыми  папулами розового цвета, местами элементы сливаются, образуя участки сплошной инфильтрации и лихенификации. Ногтевые пластинки на кистях  отполированы. Дермографизм стойкий, белый, разлитой.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология и патогенез заболевания  3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания  4. Какие исследования необходимо назначить больному?  5. Составьте план лечения больного. | 1.Атопический дерматит, третий возрастной период, лихеноидная форма.  2.Существенным фактором в развитии АД является наследственная предрасположенность по атопическим заболеваниям. Экзогенные факторы развития атопического дерматита могут быть аллергенными и неаллергенными. Иммунопатогенез атопического дерматита определяется осо­бенностями генетически запрограммированного иммунного от­вета на антиген под воздействием различных провоцирующих факторов (дисбаланс Тh1- и Тh 2-лимфоцитов с преобладанием последних, дегрануляция тучных клеток, повышенная активность клеток Лангерганса, которые приводят к гиперпродукции Ig E и/или Ig G-4 — антител).  3.Дифференциальная диагностика с себорейным дерматитом, аллергическим контактным дерматитом, чесоткой, псориазом обыкновенным, ограниченным нейродермитом, микробной экземой, розовым лишаем Жибера.  3.Общий анализ крови,  Определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом.  Аллергологическое исследование сыворотки крови — определение специфических IgE/IgG4  Кожные пробы —проводятся вне обострения кожного процесса.  Серологическая диагностика паразитарных заболеваний  Консультации специалистов: гастроэнтеролога, невропатолога, оториноларинголога, аллерголога.  4. Общее лечение:  Диета гипоаллергенная. Антигистаминные препараты. Стабилизаторы мембран тучных клеток. (кетотифена гидрофуморат внутрь по 1 мг 2 р/сут в течение 2— 3 месяцев). Адсорбенты (энтеросгель внутрь — 20 мл 3р/сут). Гипосенсибилизирущие средства (глюконат кальция 10% раствор — 1 мл на 1 год жизни, не более 10 мл, в/м № 10-12 ежедневно).  Дезинтоксикационные средства (изотонический (0,9%) раствор хлорида натрия по 200—400 мл в/в капельно 2—3 р/нед.).Седативные и вегетотропные препараты (глицин внутрь по 100 мг 2—3 р/сут в течение 14—30 дней). Глюкокортикостероиды для системного применения (дексаметазона фосфат — 4—6 мг/ суг в течение 5—7 дней с постепенным снижением дозы вплоть до отмены).  Местное лечение:  Глюкокортикостероидные топические средства Топический ингибитор кальциневрина (пимекролимус).  Антисептические наружные препараты. Пасты, кремы, мази, содержащие нафталанскую нефть 2—5%. Пиритион цинк активированный.  Физиотерапевтические методы лечения. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 70 | У грудного ребенка после введения прикорма молочными смесями и коровьим молоком появились высыпания на коже лица и туловища. При осмотре высыпания представлены множественными диссеминированными эритематозно-сквамозными, папуло-везикулезными и уртикарнорозеолёзными элементами, экскориациями. На поверхности многих папуловезикул точечные эрозии, серозные корочки. Дермографизм стойкий, белый,  разлитой.  1. Поставьте диагноз  2. Этиология и патогенез заболевания  3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания  4. Какие исследования необходимо назначить ребенку?  5. Составьте план лечения ребенка. | 1.Атопический дерматит, первый возрастной период, эритематозно-сквамозная форма.  2. Ведущая роль в развитии атопического дерматита у детей принадлежит генетическим факторам, которые в сочетании с воздействием различных экзогенных факторов приводят к клинической манифестации заболевания. Экзогенные факторы развития атопического дерматита: введение прикорма молочные смеси и коровье молоко. Иммунопатогенез атопического дерматита определяется особенностями генетически запрограммированного иммунного ответа на антиген под воздействием различных провоцирующих факторов (дисбаланс Тh1- и Тh 2-лимфоцитов с преобладанием последних, дегрануляция тучных клеток, повышенная активность клеток Лангерганса, которые приводят к гиперпродукции Ig E и/или Ig G-4 — антител).  3. Дифференциальная диагностика с себорейным дерматитом, пеленочным дерматитом, аллергическим контактным дерматитом, чесоткой, строфулюсом, ихтиозом, псориазом, микробной экземой, розовым лишаем Жибера.  4. Общий анализ крови.  Определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом.  Аллергологическое исследование сыворотки крови — определение специфических IgE/IgG.  Кожные пробы —проводятся вне обострения кожного процесса.  Серологическая диагностика паразитарных заболеваний.  Консультации специалистов: гастроэнтеролога, невропатолога, оториноларинголога, аллерголога.  5. Общее лечение:  Диета гипоаллергенная. Антигистаминные препараты. Стабилизаторы мембран тучных клеток (кетотифена гидрофуморат внутрь по 1 мг 2 р/сут в течение 2— 3 месяцев). Адсорбенты (энтеросгель внутрь — 5 мл 1 р/сут 7-10 дней).  Гипосенсибилизирущие средства. Дезинтоксикационные средства. Седативные и вегетотропные препараты.  Местное лечение:  Глюкокортикостероидные топические средства в форме эмульсии, аэрозоля, крема, мази применяют на ограниченные участки кожи 1—2 раза в день в течение 5—14 дней с постепенной отменой. Топический ингибитор кальциневрина (пимекролимус).  Антисептические наружные препараты. Пасты, кремы, мази, содержащие нафталанскую нефть 2—5%. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 71 | В гастроэнтерологическое отделение поступила девочка 13-ти лет с жалобами на тошноту, боли в правом подреберье, запоры, постоянный зуд кожи и высыпания.  Высыпания на коже беспокоят с трехмесячного возраста после введения прикорма. Кожный процесс носит диссеминированный характер с локализацией высыпаний в области естественных складок, преимущественно локтевых и подколенных. Высыпания в виде эритемосквамозных пятен, экскориаций, биопсированных узелков. В локтевых сгибах выражена лихенификация, обилие экскориаций. В очагах поражения дермографизм стойкий, белый, разлитой.  1. Поставьте диагноз.  2. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания  3. Составьте план лечения больной.  4. Критерии эффективности лечения  5. Назовите наиболее частые ошибки в лечении | **1.** Атопический дерматит, второй возрастной период, эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией.  **2.** Дифференциальная диагностика с себорейным дерматитом, аллергическим контактным дерматитом, чесоткой, псориазом обыкновенным, ограниченным нейродермитом, микробной экземой, розовым лишаем Жибера.  3. Общее лечение:  Диета гипоаллергенная. Антигистаминные препараты 2-го поколения (лоратадин внутрь 10 мг 1 р/сут в течение 2 недель). Стабилизаторы мембран тучных клеток. Адсорбенты. Гипосенсибилизирущие средства (хлористый кальций — 1—10% раствор внутрь — 5—15 мл 2—3 р/сут, глюконат кальция 10% раствор — 1 мл на 1 год жизни, не более 10 мл, в/м № 10-12 ежедневно). Дезинтоксикационные средства (калия хлорид + натрия хлорид + магния хлорид (реамберин) по 200-400 мл в/в капельно 2-3 р/нед, изотонический (0,9%) раствор хлорида натрия по 200—400 мл в/в капельно 2—3 р/нед.).  Местное лечение:  Глюкокортикостероидные топические средства. Топический ингибитор кальциневрина (пимекролимус).  Пиритион цинк активированный (0,2% аэрозоль, крем) наруж­но на очаги поражения 2раза в день в течение 14—21 дня.  Физиотерапевтические методы лечения.  4. Прекращение прогрессирования заболевания, уменьшение выраженности и разрешение воспаления. Поддержание состояния клинической ремиссии, уменьшение частоты развития рецидивов.  5. Необоснованное назначение гипоаллергенной диеты. Применение в лечении распространенного процесса только наружных средств. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
|  |  |  |  |  |
| 72 | У больной в области тыла кистей на фоне  эритематозной, отечной кожи множественные милиарные папулы, везикулы,  эрозии, серозные и гемморрагические корочки. Возникновение заболевания связывает с применением стирального порошка.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение данному заболеванию  3. Критерии эффективности лечения.  4. Показания для госпитализации  5. Наиболее частые ошибки в лечении | 1. Контактный аллергический дерматит химической этиологии.  2. Дерматит – ограниченное воспаление кожи, вызванное воздействием внешнего фактора.  Контактный аллергический дерматит – заболевание, которое возникает в результате повторного контакта с веществами сенсибилизаторами (аллергенами) вследствие аллергической реакции IV типа (ГЗТ).  3. Уменьшение воспаления, снижение интенсивности зуда, регресс высыпаний.  4. Острый распространенный процесс и наличие тяжелых сопутствующих заболеваний  5. Несвоевременная диагностика аллергического контактного дерматита с проведением кожных аппликационных проб приводит к длительному, упорному течению и хронизации процесса. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 73 | Подросток отмечает обильное шелушение на волосистой части головы, высыпания на лице. На коже волосистой части головы, спины, лица, заушных складок множественные очаги с нечеткими границами. В пределах очагов на фоне умеренно выраженной эритемы и отека жирные чешуйки желтоватого цвета, рыхлые корочки.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология и патогенез заболевания.  3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный  дерматоз?  4 Составьте план обследования больной  5 Принципы общей терапии заболевания. | **1.** Себорейная экзема в стадии обострения.  **2.** Экзема развивается в результате комплексного воздействия экзогенных и эндогенных факторов, характеризуется ассоциацией с антигенами HLA-B22 и HLA-C1 поливалентной сенсибилизацией и аутосенсибилизацией, нарушением равновесия между деятельностью симпатического и парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.  **3.** От фолликулярного дискератоза Дарье, болезни Девержи, себорейной пузырчатки Сенира-Ашера.  **4.** Аллергологическое исследование сыворотки крови, культуральное исследование, серологическая диагностика паразитарных заболеваний, бактериологическое исследование микрофлоры кожи.  Режим охранительный: исключение контактов с возможными аллергенами, ограничение стрессовых ситуаций, водных процедур, сон — не менее 8 часов.  5. Диета. Антигистаминные и гипосенсибилизирующие средства препараты. Дезинтоксикационные средства. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 74 | У больной после приёма сульфалена по поводу цистита появились болезненные высыпания в полости рта и на красной кайме губ. На коже тыльной поверхности кистей синюшно-красного цвета папулы, несколько возвышающиеся по периферии, диаметром от 2 до 3см. В центре папул пузырь с серозно-геморрагическим содержимым. В полости рта на слизистой щек ярко-красные эрозии размером с крупную горошину. На красной кайме губ геморрагические корки. Симптом Никольского отрицательный.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология и патогенез заболевания  3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать  дерматоз у данного больного?  4. Составьте план лечения.  5. Ваши рекомендации больному после клинического  выздоровления. | **1.** Многоформная экссудативная эритема.  **2.** Этиология. В настоящее время МЭЭ рассматривается как полиэтиологическое токсико-аллергическое заболевание, в основе которого лежат инфекционные и неинфекционные факторы.  К инфекционнымфакторам относят вирусную, бактериальные, грибковые протозойные инфекции. К неинфекционнымфакторам относят медикаменты (сульфаниламиды, тетрациклины, производные пиразолона, барбитураты и др.); вакцины, сыворотки, анатоксины. МЭЭ может быть проявлением паранеопластической токсикодермии.  3. Токсикодермии, розеолезный сифилид, розовый лишай, эрозивный красный плоский лишай, системная красноя волчанка. синдром Лайелла.  4. Общее лечение:  Дезинтоксикационные и гипосенсибилизирующие препараты (поливидон + натрия хлорид + калия хлорид + кальция хлорид + магния хлорид + кальция гидрокарбонат (гемодез) 400 мл в/в капельно 1-4 р/нед., кальция глюконат, тиосульфат натрия).  Антигистаминные препараты (хлоропирамин в/м 25 мг (1 мл) 2-3 р/сут, мебгидролин внутрь 100 мг/сут в 2-3 приема, лоратадин внутрь 10 мг 1 р/сут., хифенадин, клемастин, диметинден, цетиризин). Местное лечение:  Топические глюкокортикостероидные препараты (бетаметазона валерат аппликации 1 р/сут, гидрокортизона бутират, метилпреднизолона ацепонат). Растворы анилиновых красителей.  **5.**  Исключить прием причинно значимых лекарственных средств.  Провести санацию очагов хронической инфекции. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 75 | После ожога правой голени у больного на коже появились две язвочки величиной с крупную горошину, с гнойным отделяемым. Вокруг них – эритема с четкими границами, милиарные папулы,  везикулы, сплошное мокнутие. По периферии очага поражения – пустулы,  гнойные корочки.  1. Поставьте диагноз.  2. Клиническая классификация заболевания  3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания  4. Составьте алгоритм обследования больного  5. Выпишите рецепт примочки. | 1. Микробная экзема в стадии обострения  **2.** Единой классификации заболевания не существует. Выделяют следующие клинические формы экземы:  Истинная. Микробная. Себорейная. Контактная (профессиональная).  Экзема у детей.  **3.** С красным плоским лишаем, псориазом, милиарным и лентикулярным папулезным сифилидом.  **4.** Аллергологическое исследование сыворотки крови, гистологическое исследование кожи, бактериологическое исследование микрофлоры кожи.  **5.** Для выявления сопутствующей патологии назначают консультации терапевта, аллерголога, гастроэнтеролога, психоневролога и др.  Показано лечение хронического тонзиллита у отоларинголога. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 76 | Больного 67 лет в течение 3 –х лет беспокоят высыпания на коже. При осмотре процесс носит распространенный характер, локализуясь на коже туловища, верхних и нижних конечностей, лица.Симметричный. На фоне разлитой эритемы множественные везикулы, эрозии, очаги мокнутия, серозные корки. Лицо отечно, гиперемировано. Кожа тыла кистей лихенифицирована, покрыта пластинчатами чешуйками, отмечаются поверхностные трещины.  1. Поставьте диагноз.  2. Перечислите характерные клинические признаки заболевания  3. Поливалентная или моновалентная сенсибилизация характерна для  данного заболевания?  4. Критерии эффективности лечения.  5. Показания для госпитализации. | 1. Распространенная истинная экзема в стадии обострения.  **2.** Границы очагов поражения не резкие, высыпания располагаются симметрично, тенденция к диссеминации резко выражена, наиболее типичны симптомы: эритема «серозные колодцы»,участки мокнутия, везикулы, папулы, сероватые или желтоватые корочки.  **3.** Поливалентная сенсибилизация  **4.** Прекращение прогрессирования заболевания, уменьшение выраженности и разрешение воспаления. Поддержание состояния клинической ремиссии, уменьшение частоты развития рецидивов.  **5.** Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения. Распространенные формы и тяжелое течение заболевания. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 77 | У больной 30 лет после приема лекарственных препаратов по поводу ангины появились пузыри на коже туловища. При осмотре процесс носит генерализованный характер, поражен весь кожный покров. Кожа имеет вид «ошпаренной кипятком». На фоне эритемы располагается большое количество дряблых пузырей. Содержимое пузырей серозное. При потягивании за покрышку пузыря происходит отслойка эпидермиса. При прикосновении и слабом трении кожи происходит отслойка эпидермиса. Эпидермис сморщивается под пальцами (симптом «смоченного белья»), легко отторгается с образованием обширных эрозий.  1. Поставьте диагноз.  2. Назовите этиологические варианты заболевания.  3. Перечислите диагностические критерии заболевания.  4. Какие неотложные мероприятия необходимо провести?  5. Основные принципы лечения | 1. Синдром Лайелла  2. Лекарственный, инфекционный, смешанный, идиопатический.  **3.** Внезатное начало, быстрое нарастание температуры тела, быстро распространяющаяся и сливающаяся эритема, на фоне которой появляются очаги геморрагий, болезненность кожи, отслойка эпидермиса и формирование гигантских пузырей и эрозий, положительный симптом Никольского, тяжелое общее состояние, отсутствие эозинофилов в периферической крови.  **4.** Больной должен быть госпитализирован в реанимационное отделение, желательно в ожоговый центр.  **5.** Этиотропная терапия – устранение фактора, вызвавшего ТЭН.  Патогенетическая терапия – интенсивная детоксикация организма, противоаллергическая и противовоспалительная терапия. Симптоматическая терапия – коррекция водно-электролитного, белкового, кислотно-щелочного баланса, борьба с вторичной инфекцией, обезболивание, тщательный уход за кожей и др.  При констатации ТЭН проводят неотложные мероприятия. Наружный уход за кожей осуществляют как при ожоговой болезни с применением современных технологий. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 78 | В течение одного года больного беспокоят высыпания на коже рук. Появление высыпаний связывает контактом с формальдегидными смолами на производстве. Очаги поражения локализуются на коже тыльной поверхности кистей рук. Симметричные. На фоне эритемы с нечеткими границами имеются папулы, везикулы, многочисленные эрозии, чешуйки, корочки, трещины. Мокнутие по типу “серозных колодцев”.  1. Поставьте диагноз.  2. Перечислите основные принципы диагностики  3. Дайте определение профессиональным приметам  4. В чем заключается профилактика профессиональных дерматозов?  5. Тактика назначения примочек при островоспалительных процессах  кожи. | 1. Контактная (профессиональная) экзема в стадии обострения.  **2.** Анамнестические данные, первичная локализация поражений кожи, обследование условий труда, этиологическая диагностика (кожные пробы).  **3.** Профессиональные приметы - изменения кожи, не являющиеся патологическими, а представляющие собой изменение окраски, усиление кератинизации и тд, как следствие воздействия профессиональных факторов без повреждающего их действия на ткани дермы.  **4.** В проведении санитарно – технических, санитарно – гигиенических, лечебно –профилактических и санитарно – просветительных мероприятий.  **5.** Примочки обладают адсорбирующим, охлаждающим действием, связанным с испарением и рефлекторным сужением сосудов кожи для прекращения мокнутия и уменьшения воспаления. Применяются холодными. Примочки охлажденных растворов применяют при экземе, аллергическом дерматите и токсикодермии, к примеру, Sol. Acidi borizi 1-2%, Sol.Tanini 2%, Sol.furacillini 0,01-0,05%. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 79 | У больной высыпания локализуются на коже конечностей и туловища. Представлены уртикарными элементами различной величины, возвышающимися над уровнем кожи, розово-красного цвета. Дермографизм красный, стойкий, разлитой. беспокоит зуд.  1. Поставьте диагноз.  2. Какие исследования необходимо провести больной?  3. Показания к госпитализации в дерматологический стационар.  4. Показания для госпитализации в отделение интенсивной терапии  5. Принципы лечения заболевания | 1. Острая крапивница.  2. Анамнез и физикальное обследование  Общий анализ крови.  Общий анализ мочи.  Биохимический анализ крови. Проведение по показаниям дополнительных исследований для выявления сопутствующей патологии: определение маркеров вирусных гепатитов, показателей функции щитовидной железы и др.  Консультация аллерголога с проведением аллергологической диагностики.  3. Распространенная крапивница, сопровождающаяся интенсивным зудом и нарушением общего состояния, а также отсутствие эффекта на амбулаторном этапе терапии.  **4.** Сопутствующий ангионевротический отек в области гортани, анафилактические реакции.  **5.** Исключить воздействие причинных факторов.  Антигистаминные и гипосенсебилизирующие препараты. Стабилизаторы мембран лаброцитов и базофилов. Энтеросорбенты.  Дезинтоксикационная терапия. При отсутствии эффекта - глюкокортикостероиды для системного применения (преднизолон взрослым по 40— 60 мг/сут с постепенным снижением дозы вплоть до отмены, дексаметазона фосфат взрослым — 4—6 мг/ суг). | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 80 | Высыпания локализуются на красной кайме губ. На фоне эритемы отмечается шелушение, трещины, единичные пузырьки с  прозрачным содержимым.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение данному заболеванию  3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз?  4. Критерии эффективности лечения.  5. Ваши рекомендации после клинического выздоровления | 1. Контактный аллергический хейлит.  **2.** Воспаление красной каймы губ, возникающее в результате непросредственного воздействия на кожу экзогенного раздражающего фактора (сенсибилизатора).  **3.** Дифференциальная диагностика с другими видами хейлита, красным плоским лишаем, красной волчанкой.  **4.** Уменьшение воспаления, снижение интенсивности зуда, регресс высыпаний.  **5.** Подбор гипоаллергенной губной помады.  Гигиенический уход за кожей лица и красной каймой губ | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 81 | К дерматологу обратился мужчина 45 лет с жалобами на высыпания вокруг глаз, мышечную слабость, недомогание. Больным в течение 6 месяцев отмечает покраснение и отек кожи вокруг глаз. Через 3 месяца появилась слабость. С трудом поднимается вверх по лестнице, быстро устает при физических нагрузках. За время болезни потерял 20 кг веса тела.  Процесс носит диссеминированный характер. В периорбитальной области лиловый оттенок цвета кожи, сопровождающийся отеком. На разгибательных поверхностях локтей лиловая эритема, шелушение, фиолетовые папулы. На кистях вокруг ногтей эритема, телеангиэктазии. В области межфаланговых суставов кистей лиловые папулы.  1. Поставьте диагноз.  2. Какие лабораторные исследования необходимо провести больному?  3. Консультация какого специалиста необходима больному?  4. Какие варианты течения данного заболевания известны?  5. Рекомендуемые методы лечения данного заболевания. | 1. Дерматомиозит - редкая хроническая идиопатическая воспалительная миопатия, которая характеризуется симметричным поражением проксимальных мышц и типичными очагами на коже.  **2.** Гистологическое исследование мышечной ткани (биопсия кожи не помогает в постановке диагноза). Характерны некроз и регенерация мышечных волокон, атрофия мышечных фасций, воспалительные изменения сосудов.  Электромиография (функциональная оценка мышц), магнитно-резонансная спектроскопия.  Концентрация мышечных ферментов: креатинфосфокиназа, альдолаза.  Капилляроскопия ногтевого валика.  Тщательный скрининг на наличие злокачественных опухолей.  **3.** Консультация онколога. В 30% случаев дерматомиозит взрослых ассоциируется со злокачественными заболеваниями внутренних органов.  **4.** Течение заболевания различно скоротечное и быстро прогрессирующее, хроническое и рецидивирующее, спонтанная ремиссия Ассоциация со специфическими антителами: в случаях ассоциации с Mi2 – хроническое течение, с РНК синтетазой – тяжелое течение, поражение легких.  **5.** Кортикостероиды системные 1 мг/кг 1-6 недель, снижая до min поддерживающих доз, которые следует принимать в течение 1 года под контролем (а далее в течение нескольких лет). Возможна пульс-терапия 500-1000 мг/день в/в, в течение 3-х дней.  Иммуносупрессивные средства.  Иммуноглобулины внутривенные.  Солнцезащитные средства.  Двигательные упражнения, правильное питание, физиотерапия, трудотерапия. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 82 | Больная 32-х лет после длительного пребывания на солнце заметила высыпания на коже лица. Кожный процесс локализуется на коже переносицы и щек «в виде бабочки». Высыпания представлены инфильтрированными эритематозными бляшками, покрытыми плотно сидящими роговыми чешуйками. Удаление чешуек сопровождается болезненностью. На обратной стороне чешуек обнаруживаются характерные шипики.  1. Поставьте диагноз.  2. Какие характерные для данного заболевания симптомы имеют место в  данном случае?  3. План обследования больной.  4. Составьте план лечения больной.  5. Профилактика заболевания. | 1. Дискоидная красная волчанка.  **2.** Симптом Бенье-Мещерского, симптом «дамского каблучка»  **3.** Общий анализ крови.  ЛЕ-клетки (волчаночные клетки).  Антинуклеарные антитела (АНА). Прямая и непрямая РИФ. Гистологическое исследование.  **4.** Общее лечение:  Антималярийные препараты (гидроксихлорохин 5-6 мг/кг/сут).  Антиоксиданты (альфа-токоферол по 50-100 мг/сут)  Ретиноиды (ацитретин, этретинат, изотретиноин 40-50 мг). Местное лечение:  Топические глюкокортикостероидные препараты 2 класса  Рациональная одежда, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (50-60).  **5.**  Защита кожи от солнечного облучения  Трудоустройство, исключающее работу под открытым небом. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 83 | У больного на коже разгибательной поверхности голеней 3 очага поражения линейной формы, размером 1,0 х 5,0 см. Кожа в очагах эритематозная, отечная, по периферии очагов характерный сиреневый оттенок кожи.  1. Поставьте диагноз.  2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для  уточнения диагноза?  3. Клиническая классификация заболевания  4. Дифференциальная диагностика данного дерматоза с другими  заболеваниями.  5. Назначьте лечение. | 1. Ограниченная склеродермия (линейная форма).  **2.** Биопсия (различная степень воспаления, склероз дермы). Анализ крови (характерна эозинофилия).  Исследование на антиядерные антитела (типично для генерализованных форм).  **3.**  Бляшечная склеродермия (единичные, множественные очаги)  Линейная (полосовидные очаги на конечностях, лобно-височная - «удар саблей», прогрессирующая гемиатрофия лица – синдром Парри-Ромберга).  Пятнистая (болезнь белых пятен, болезнь Пазини-Пьерини).  Локализованная узловатая подкожная склеродермия.  **4.** Витилиго: депигментированные пятна  Анетодермия. Лишай склеротический и атрофический. Болезнь Пьерини-Пазини. Псевдосклеродермия.  **5.** Местное применение растворов или кремов с кортикостероидами (группы 2-3). Инъекции в очаги с осторожностью, так как возможна обширная атрофия. В случае быстрого прогрессирования заболевания системные кортикостероиды (30-40 мг/сут), снижая в течение 6-8 недель. Это лечение не изменяет естественного течения заболевания. Солнцезащитные мероприятия. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 84 | Больная после длительного нахождения на солнце заметила появление высыпаний на коже лица и шеи. Процесс носит диссеминированный характер, симметричный. Высыпания локализуются на лице, шее, передней поверхности грудной клетки, на плечах и предплечьях. Элементы сыпи представлены папулосквамозными и кольцевидными очагами. В центре кольцевидных очагов гипопигментация и телеангиэктазии. На пальцах рук вокруг ногтевых валиков телеангиэктазии.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания  3. Особенности сбора анамнеза у больных данным дерматозом  4. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?  5. Профилактика заболевания. | 1. Подострая кожная красная волчанка.  **2.** Патогенез красной волчанки включает участие иммунных, генетических, метаболических, нейроэндокринных и экзогенных факторов. Провоцирующими активаторами могут быть инфекции, УФО, лекарственные воздействия. У больных КВ обнаруживают угнетение Т-клеточного звена и повышение В-клеточного звена иммунной системы, высокий уровень IgA, M, G, циркулирующих иммунных комплексов, антител против ДНК и РНК, клетки красной волчанки (ЛЕ-клктки).  **3.** При сборе анамнеза необходимо уточнить профессию больного, частоту и длительность его пребывания под солнечными лучами или на морозе и ветре, расспросить о предшествующих приемах лекарственных препаратов, усиливающих действие солнечного света. Обратить внимание на наличие у больного очагов хронической инфекции и интеркуррентных заболеваний, способных вызвать заболевание.  **4.** Общий анализ крови  ЛЕ-клетки (волчаночные клетки)  Антинуклеарные антитела (АНА)  Прямая и непрямая РИФ  Гистологическое исследование  **5.**  Защита кожи от солнечного облучения, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (50-60), рациональная одежда, диспансерное наблюдение у дерматолога. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 85 | У больной 32-х лет высыпания локализуются на коже переносицы и щек в виде «бабочки», а также на губах и подбородке.  Представлены инфильтрированными эритематозными бляшками, поверхность  которых покрыта плотно сидящими роговыми чешуйками. После удаления чешуек на их нижней поверхности обнаруживаются шипики.  Положительный симптом Бенье-Мещерского. В центре бляшек имеет место рубцовая атрофия, по периферии очагов - телеангиэктазии. На красной кайме нижней губы ограниченный отек с трещинами.  1. Поставьте диагноз  2. Ключевые звенья патогенеза заболевания  3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать  данный дерматоз?  4. Составьте план лечения.  5. Ваши рекомендации больной после клинического  выздоровления | 1. Дискоидная красная волчанка.  **2.** Патогенез красной волчанки включает участие иммунных, генетических, метаболических, нейроэндокринных и экзогенных факторов. Провоцирующими активаторами могут быть инфекции, УФО, лекарственные воздействия. У больных КВ обнаруживают угнетение Т-клеточного звена и повышение В-клеточного звена иммунной системы, высокий уровень IgA, M, G, циркулирующих иммунных комплексов, антител против ДНК и РНК, клетки красной волчанки (ЛЕ-клктки).  **3.** Дифференциальная диагностика с СКВ, розацеа, полиморфным фотодерматозом, псориазом, себорейной экземой, лимфоцитомой, ознобленной волчанкой, туберкулезной волчанкой, эозинофильной гранулемой лица, эритематозной пузырчаткой, лимфоцитарной инфильтрацией Jessner-Kanof, красным плоским лишаем, медикаментозными токсидермиями, дерматомиозитом, синдромом Лассюэра-Литтля.  **4.** Общее лечение:  Антималярийные препараты (гидроксихлорохин 5-6 мг/кг/сут). Антиоксиданты (альфа-токоферол по 50-100 мг/сут). Местное лечение:  Топические глюкокортикостероидные препараты 2 класса  Рациональная одежда, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (50-60).  5. Защита кожи от солнечного облучения, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (50-60), рациональная одежда, диспансерное наблюдение у дерматолога | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 86 | Больная 60 лет отмечает  появление красноты и шелушение на шее, груди и пальцах  рук, слабость, быструю утомляемость при физических нагрузках, затруднения при подъеме со стула. За время  болезни потеряла 15 кг веса тела.  Процесс носит диссеминированный характер.  В периорбитальной области кожа отечна, имеет темно-красный цвет. На задней поверхности шеи и задней поверхности плеч лиловая эритема. На передней поверхности груди эритема, гипо- и гиперпигментация,  шелушение, атрофия кожи, телеангиэктазии. На коже в области пястнофаланговых суставов лиловые бляшки.  1. Поставьте диагноз.  2. Перечислите характерные симптомы заболевания у данной больной.  3. Какие характерные признаки поражения мыщц имеют место у данной  больной?  4. Консультация какого специалиста необходима больной?  5. Какие варианты течения данного заболевания известны? | 1. Дерматомиозит.  **2.** Периорбитальная лиловая эритема и отек – гелиотропная сыпь.  3. Симптом Готтрона – лиловые папулы и бляшки на поверхностях выступающих костей: межфаланговых суставов, пястнофаланговых, локти, колени, лодыжки.  «Симптом шали» - лиловая эритема на задней поверхности шеи и задней поверхности плеч.  V-симптом: фиолетовая эритема на передней поверхности шеи и грудной клетки.  Пойкилодермия (эритема,телеангиэктазия, гипо- и гиперпигментация, атрофия). Типична на верхней части груди, задней поверхности плеч, ягодиц и спины.  Усталость – типичная жалоба, также пациентам трудно бывает расчесывать волосы, подниматься вверх по лестнице или вставать со стула, не прибегая к помощи рук.  **4.** Консультация онколога. В 30% случаев дерматомиозит взрослых ассоциируется со злокачественными заболеваниями внутренних органов. В анамнезе у больной потеря веса до15кг.  5. Течение заболевания различно скоротечное и быстро прогрессирующее, хроническое и рецидивирующее, спонтанная ремиссия Ассоциация со специфическими антителами: в случаях ассоциации с Mi2 – хроническое течение, с РНК синтетазой – тяжелое течение, поражение легких. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 87 | У девочки 13 лет на коже щек, носа, подбородка и центральной  части лба красные шелушащиеся бляшки. На фоне бляшек располагаются  точечные атрофические рубцы и роговые пробки в устьях волосяных  фолликулов. На ушных раковинах — роговые пробки в устьях волосяных фолликулов. Диффузное поредение волос на голове. Возникновение высыпаний связывает с чрезмернй инсоляцией. Семейный анамнез отягощен по красной волчанке.  1. Поставьте диагноз  2. Что спровоцировало заболевание у данной больной?  3. Ключевые звенья патогенеза заболевания  4. Составьте план лечения.  5. Критерии эффективности лечения. | 1. Дискоидная красная волчанка.  **2.** Провоцирующим фактором стала инсоляция.  **3.** Патогенез красной волчанки включает участие иммунных, генетических, метаболических, нейроэндокринных и экзогенных факторов. Провоцирующими активаторами могут быть инфекции, УФО, лекарственные воздействия. У больных КВ обнаруживают угнетение Т-клеточного звена и повышение В-клеточного звена иммунной системы, высокий уровень IgA, M, G, циркулирующих иммунных комплексов, антител против ДНК и РНК, клетки красной волчанки (ЛЕ-клетки).  **4.** Общее лечение:  малярийные препараты (гидроксихлорохин 5-6 мг/кг/сут). Антиоксиданты (альфа-токоферол по 50-100 мг/сут). Ретиноиды (ацитретин, этретинат, изотретиноин 40-50 мг). Местное лечение: - Топические глюкокортикостероидные препараты 2 класса  Рациональная одежда, регулярные аппликации фотозащитных кремов с высоким индексом SPF (50-60).  **5.** Отсутствие прогрессирования заболевания, уменьшение клинических проявлений и субъективных симптомов, нормализация лабораторных показателей. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 88 | У женщины 63-х лет через 6 недель после инсоляции на лице, кистях и предплечьях возникла диффузная эритема, сопровождающаяся выраженным зудом.  В анамнезе экстирпация матки 17 лет назад по поводу рака яичников, радикальная мастэктомия 4 года назад по поводу рака молочной железы.  Общее состояние удовлетворительное. Основные физиологические показатели в норме. На коже открытых участков тела –лице, груди, тыла кистей, верхней части спины - красные папулы. Над мелкими суставами кистей лентикулярные папулы с шелушением на  поверхности. Телеангиэктазии и инфаркты задних ногтевых валиков.  Дополнительные исследования. Общий анализ крови, активность КФК, электромиография – без патологии. Обзорная рентгенография грудной  клетки: метастазов не выявлено.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология заболевания.  3. Консультация какого специалиста необходима больной?  4. Что означает амиопатический дерматомиозит?  5. Какие варианты течения данного заболевания известны? | 1. Дерматомиозит - редкая хроническая идиопатическая воспалительная миопатия, которая характеризуется симметричным поражением проксимальных мышц и типичными очагами на коже.  **2.** Аутоиммунное заболевание соединительной ткани неизвестной этиологии.  В процесс вовлечены клеточный и гуморальный иммунные ответы.  В 15-20% случаев обнаруживают специфические для миозита антитела Mi 2, у некоторых пациентов – антитела к транспортной РНК-синтетазе.  **3.** Консультация онколога. В 30% случаев дерматомиозит взрослых ассоциируется со злокачественными заболеваниями внутренних органов.  **4.** У 10% пациентов поражение мышц не регистрируется. Отсутствует мышечная слабость и лабораторные признаки миозита. Заболевание может развиваться в течение месяцев и лет. Контроль в течение многих лет может показывать стабильность кожных изменений и отсутствие миозита.  **5.** Течение заболевания различно скоротечное и быстро прогрессирующее, хроническое и рецидивирующее, спонтанная ремиссия  Ассоциация со специфическими антителами: в случаях ассоциации с Mi2 – хроническое течение, с РНК синтетазой – тяжелое течение, поражение легких. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 89 | У девочки 2,5 лет после инсоляции появилась красная сыпь на лице.  Родители отмечают у ребенка быструю утомляемость и мышечную слабость,  которые возникли 3 месяца назад. При обследовании. Температура 37,5 С. На коже щек и век красные,  слегка отечные пятна. Над пястно-фаланговыми и межфаланговыми  суставами кистей плоские лиловые папулы. Телеангиэктазии на верхних веках и ногтевых валиках. Слабость проксимальных мышц конечностей.  1. Поставьте диагноз  2. Этиология заболевания.  3. Какие особенности клинических проявлений характерны для данного  заболевания у детей?  4. Перечислите методы лабораторной диагностики  5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную  диагностику? | 1. Ювенильный дерматомиозит  **2.** Аутоиммунное заболевание соединительной ткани неизвестной этиологии.  В процесс вовлечены клеточный и гуморальный иммунные ответы.  В 15-20% случаев обнаруживают специфические для миозита антитела Mi 2, у некоторых пациентов – антитела к транспортной РНК-синтетазе.  **3.** У детей заболевание протекает тяжелее. Более тяжелые поражения сосудов, изъязвления на коже, выраженная фоточувствительность. Контрактуры суставов и атрофия. У 40-70% детей обызвествление подкожной клетчатки (источник инвалидности). Кальциноз и поражение внутренних органов встречаются чаще, чем у взрослых. Злокачественные образования редкие. Лечение кортикостероидами и иммуносупрессивными препаратами.  **4.** Гистологическое исследование мышечной ткани (биопсия кожи не помогает в постановке диагноза). Характерны некроз и регенерация мышечных волокон, атрофия мышечных фасций, воспалительные изменения сосудов.  Электромиография (функциональная оценка мышц), магнитно-резонансная спектроскопия.  Концентрация мышечных ферментов: креатинфосфокиназа, альдолаза. Капилляроскопия ногтевого валика. Тщательный скрининг на наличие злокачественных опухолей.  **5.** С контактным дерматитом, красной волчанкой (системной, дискоидной), псориазом, полиморфным фотодерматозом. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 90 | На прием к врачу обратился больной 24-х лет с жалобами на появление очагов уплотнения кожи на груди. Заболевание связывает с тем, что на работе часто переохлаждается и часто болеет ангиной и ОРЗ. Состоит на учете у эндокринолога по поводу заболевания щитовидной железы. При осмотре на коже груди 2 очага поражения плотной консистенции, размером 4 – 5см. Цвет кожи в очагах восковидно желтый, по периферии имеется сиреневый венчик. Волосы в очагах поражения отсутствуют, рисунок кожи сглажен.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология и патогенез заболевания  3. Клиническая классификация заболевания  4. Какие исследования необходимо провести?  5. С какими дерматозами необходимо дифференцировать данное  заболевание? | 1. Ограниченная склеродермия (бляшечная форма)  **2.** Причина неизвестна. Ассоциации с инфекцией Borrelia, травмами, менопаузой, беременностью скорее случайные, чем носят причинный характер. Феномен Рейно и склеродактилия ассоциируются с системным склерозом и не являются признаками ограниченной склеродермии.  **3.**  Бляшечная склеродермия (единичные, множественные очаги). Линейная (полосовидные очаги на конечностях, лобно-височная - «удар саблей», прогрессирующая гемиатрофия лица – синдром Парри-Ромберга). Пятнистая (болезнь белых пятен, болезнь Пазини-Пьерини).  Локализованная узловатая подкожная склеродермия.  **4.** Биопсия (различная степень воспаления, склероз дермы). Анализ крови (характерна эозинофилия).  Исследование на антиядерные антитела (типично для генерализованных форм).  **5.** Витилиго. Анетодермия. Лишай склеротический и атрофический. Болезнь Пьерини-Пазини. Болезнь Бушке. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 91 | У больного 40 лет на коже лица в области щек очаги поражения, представленные красными бляшками диаметром до 2 см с плотно прилегающими чешуйками, гипопигментированные рубцы с телеангиэктазией. На волосистой части головы три очага рубцующейся алопеции диаметром до 3 см.  1. Поставьте диагноз.  2. Какие нарушения иммунной системы характерны для данного заболевания?  3. Назовите классическую триаду симптомов для данного заболевания?  4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с  полиморфным фотодерматозом и ограниченным псориазом.  5. Перечислите критерии эффективности лечения. | 1. Дискоидная кожная волчанка  **2.** У больных красной волчанкой обнаруживают угнетение Т-клеточного звена и повышение В-клеточного звена иммунной системы, высокий уровень IgA, M, G, циркулирующих иммунных комплексов, антител против ДНК и РНК, клетки красной волчанки (ЛЕ-клетки).  **3.** Классическая триада симптомов дискоидной красной волчанки: эритема, фолликулярный гиперкератоз, рубцовая атрофия  **4.** При полиморфном фотодерматозе зимой наступает улучшение, не бывает высыпаний на волосистой части головы и красной кайме губ, слизистой рта; нет фолликулярного кератоза и атрофии кожи, нередко отмечается зуд. Для ограниченного псориаза характерно отсутствие снежно – белого свечения в лучах лампы Вуда, атрофии и фолликулярного кератоза, наличие характерной для псориаза триады симптомов, нередкий зуд.  **5.** Отсутствие прогрессирования заболевания, уменьшение клинических проявлений и субъективных симптомов, нормализация лабораторных показателей. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 92 | К дерматологу обратилась больная 35 лет с жалобами на появление очагов уплотнения на туловище и ногах. Больной себя считает в течение 8 месяцев. Сначала отметила появление пятен синюшно-красного цвета на груди и животе, которые со временем стали уплотняться. Затем подобные высыпания появились на голенях. К врачу не обращалась, не лечилась. Процесс носит диссеминированный характер. На коже груди и живота 3 бляшки до 5см в диаметре. В очагах выражены гиперпигментация, фиброз и атрофия кожи. На передней поверхности голеней 2 очага поражения до 3см в диаметре, кожа в очаге воспалена, имеет лиловый оттенок.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология и патогенез заболевания  3. Клиническая классификация заболевания  4. Какие исследования необходимо провести?  5. Современные методы лечения данного заболевания. | **1.** Склеродермия бляшечная форма  **2.** Причина неизвестна. Ассоциации с инфекцией Borrelia, травмами, менопаузой, беременностью скорее случайные, чем носят причинный характер. Феномен Рейно и склеродактилия ассоциируются с системным склерозом и не являются признаками ограниченной склеродермии.  **3.**  Бляшечная склеродермия (единичные, множественные очаги).  Линейная (полосовидные очаги на конечностях, лобно-височная - «удар саблей», прогрессирующая гемиатрофия лица – синдром Парри-Ромберга).  Пятнистая (болезнь белых пятен, болезнь Пазини-Пьерини). Локализованная узловатая подкожная склеродермия.  **4.**  Биопсия (различная степень воспаления, склероз дермы). Анализ крови (характерна эозинофилия).  Исследование на антиядерные антитела (типично для генерализованных форм).  У больных с генерализованным поражением система обследования и адекватного скрининга не разработана.  5. Активное лечение показано в случае прогрессирующей, генерализованной и линейной инвалидизирующей форм заболевания. Местное применение растворов или кремов с кортикостероидами.  В случае быстрого прогрессирования заболевания системные кортикостероиды (30-40 мг/сут), снижая в течение 6-8 недель. Это лечение не изменяет естественного течения заболевания. Иммуносупрессивные препараты (метотрексат, циклоспорин) в качестве короткой терапевтической попытки на 3-6 мес.  Солнцезащитные мероприятия, так как очаги под воздействием солнечного излучения темнеют. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 93 | Больная 35 лет обратилась к стоматологу, по поводу болезненность в полости рта при приёме пищи. С диагнозом стоматит получала лечение. Через месяца появились пузыри на коже туловища и верхних конечностей, которые вскрывались.  Процесс носит распространенный характер. Симметричный. На неизмененной слизистой оболочке щек, губ, твердого и мягкого неба обширные эрозии ярко-красного цвета. На коже туловища и конечностей пузыри величиной до грецкого ореха. Некоторые пузыри напряженные, другие - вялые. Содержимое пузырей прозрачное. Мокнущие, полициклических очертаний эрозии покрыты серозными корками. При надавливании на пузырь жидкость отслаивает прилежащие участки эпидермиса и пузырь перемещается. При потягивании обрывков покрышки пузыря происходит отслойка эпидермиса за пределы пузыря.  1. Поставьте предварительный диагноз.  2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для  установления окончательного диагноза и назначения полноценной  этиологической и патогенетической терапии?  3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у  данной больной?  4. В чем заключается ошибка врача-стоматолога по ведению данной  больной?  5. Какие осложнения могут возникнуть в процессе лечения больной? | 1. Вульгарная пузырчатка.  **2.** Определение симптома Никольского**,** цитологический анализ на наличие акантолитических клеток в мазках-отпечатках со дна эрозий,  гистологическое исследование, метод прямой иммунофлюоресценции,  общий анализ крови,  биохимический анализ крови,общий анализ мочи.  **3.** С буллезным пемфигоидом Левера, буллезной формой герпетиформного дерматита Дюринга, буллезной разно­видностью многоформной эритемы, токсическим эпидермальным некролизом Лайелла.  **4.** Врач - стоматолог несвоевременно направил больную на консультацию к дерматовенерологу.  **5.** Эрозивно - язвенные поражения желудочно - кишечного тракта, стероидная гипертензия, стероидный сахарный диабет, остеопороз, присоединение вторичной инфекции и развитие бактериальной пневмонии, висцеральный кандидоз, поверхностный кандидоз кожи и слизистых оболочек, неврологические и психические нарушения | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 94 | У больной 40 лет поступила в стационар с жалобами на эрозии в полости рта, болезненность при глотании, появление пузырей на коже туловища и рук. Заболела на фоне полного благополучия. На слизистой оболочке щек, неба и нижней поверхности языка обширные эрозии ярко-красного цвета. На коже туловища и верхних конечностей пузыри размером от 0,5 до 2,0 см в диаметре. Часть пузырей напряжена, другая - с вялой покрышкой. Содержимое пузырей прозрачное. На месте вскрывшихся пузырей мокнущие, полициклических очертаний эрозии. Некоторые из них покрыты коричневыми корочками.  1. Поставьте предварительный диагноз  2. Какие лабораторные и инструментальные исследования  необходимо провести для установления диагноза?  3. Этиология и патогенез заболевания  4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать  дерматоз у данной больной?  5. Составьте план лечения больной. | **1.** Вульгарная пузырчатка.  **2.** Определение симптома Никольского**,** цитологический анализ на наличие акантолитических клеток в мазках-отпечатках со дна эрозий**,** гистологическое исследование, метод прямой иммунофлюоресценции**,** общий анализ крови**,** биохимический анализ крови, общий анализ мочи.  **3.** Этиология истинной пузырчатки остается невыясненной. Не одна из теорий развития заболевания не имееют убеди­тельных подтверждений.  Патогенез истинной пузырчатки аутоиммунный. Аутоагрессия направлена против межклеточной субстанции, белков десмосом, клеток шиповатого слоя эпидермиса и многослойного плоского эпителия. Отложение иммунных комплексов и комплемента на десмосомах приводит к разобщению кератиноцитов (акантолизу) и формированию внугриэпителиальной щели, затем супрабазальной полости.  **4.** С буллезным пемфигоидом Левера, буллезной формой герпетиформного дерматита Дюринга, буллезной разновидностью многоформной эритемы, пузырчаткой глаз, доброкачественной неакантолитической пузырчаткой слизистых оболочек полости рта.  **5.** Общее лечение:  Диета: ограничение поваренной соли; увеличение потребления пищи богатой белками, кальцием и витаминами.  Глюкокотрикостероиды (преднизолон внутрь 80-120 мг/сут; при парентеральном введе­нии дозу можно увеличить до 150-200 мг)  Цитостатики (азатиоприн (имуран) в дозе 150-200 мг/сут в течение 15-20 дней; метотрексат, циклоспорин).  Витаминотерапия (витамины А, С, В1, никотиновая кислота)  Местное лечение:  Глюкокортикоидные мази с антибиотиками.  Дезинфицирующие средства (жидкость Кастеллани, 1-2% растворы пиоктанина, метиленовой синьки).  Полоскания полости рта содой раствором шалфея, ромашки. На язык, слизистую рта водный 5% тетраборат натрия (бура) в глицерине, облепиховое масло, солкосериловая мазь. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 95 | Больная 60 лет в течение 3,5 месяцев отмечает болезненные эрозии в полости рта, пузыри на коже. На слизистой оболочке щек, неба и языка болезненные эрозии ярко-красного цвета. На коже вокруг пупка, в подмышечных и паховобедренных складках, под молочными железами вялые пузыри, наполненные мутноватой серозной жидкостью, обширные эрозии. На фоне эрозивной поверхности имеются папилломатозные разрастания. Симптом Никольского положительный.  1. Поставьте предварительный диагноз  2. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо  провести для установления диагноза?  3. Этиология и патогенез заболевания  4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у  данной больной?  5. Составьте план лечения больной. | 1. Вегетирующая пузырчатка.  **2.** Определение симптома Никольского, цитологический анализ на наличие акантолитических клеток, в мазках-отпечатках со дна эрозий**,** гистологическое исследование, метод прямой иммунофлюоресценции,  общий анализ крови **,** биохимический анализ крови, общий анализ мочи.  **3.** Ни одна из теорий не имеет убеди­тельных подтверждений.  Патогенез истинной пузырчатки аутоиммунный. Аутоагрессия направлена против межклеточной субстанции, белков десмосом, клеток шиповатого слоя эпидермиса и многослойного плоского эпителия, видимых слизистых оболочек разной локализации, формированию внугриэпителиальной щели, затем супрабазальной полости.  **4.** С буллезным пемфигоидом Левера, буллезной формой герпетиформного дерматита Дюринга, буллезной разновидностью многоформной эритемы, острой лихорадящей пузырчаткой, хронической семейной доброкачественной пузырчаткой, пузырчаткой глаз, доброкачественной неакантолитической пузырчаткой слизистых оболочек полости рта, афтозным стоматитом, токсическим эпидермальным некролизом Лайелла, индуцированным транзиторным акантолитическим дерматозом Гровера, проявлениями вторичного сифилиса.  **5.** Общее лечение:  Диета: ограничение поваренной соли; увеличение потребления пищи богатой белками, кальцием и витаминами. Глюкокотрикостероиды (преднизолон внутрь 80-120 мг/сут; при парентеральном введе­нии дозу можно увеличить до 150-200 мг)  Цитостатики (азатиоприн (имуран) в дозе 150-200 мг/сут в течение 15-20 дней; метотрексат, циклоспорин). Местное лечение:  Мази на основе висмута (5% дерматоловая мазь или ксероформная мазь) Глюкокортикоидные мази с антибиотиками.  Анилиновые красители. Полоскания полости рта содой, раствором шалфея, ромашки. На язык, слизистую рта водный 5% тетраборат натрия (бура) в глицерине, облепиховое масло, солкосериловая мазь. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 96 | На прием к дерматологу обратилась больная 72-х лет с жалобами на  высыпания пузырей, волдырей и красных пятен на коже туловища и рук, сопровождающиеся зудом и жжением.  За последние 6 месяцев отмечает значительную потерю веса тела.  При осмотре: высыпания носят распространенный  характер. На коже разгибательных поверхностей конечностей, туловища  напряженные пузыри размером с горошину, с прозрачным содержимым,  пятнисто-папулезные и уртикарные элементы, экскориации, корочки. На  месте вскрывшихся пузырей эрозии с тенденцией к эпителизации. Симптом  Никольского отрицательный.  1. Поставьте предварительный диагноз  2. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо  провести для установления диагноза?  3. Этиология и патогенез заболевания  4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у  данной больной?  5. Консультации каких специалистов необходимы больной? | 1. Герпетиформный дерматит Дюринга. 2. **-** цитологическое исследование (содержание эозинофилов в крови и пузырной жидкости). проба Ядассона (50% мазь с йодистым калием).   гистологическое исследование (подэпидермальное расположение щелей и пузырей). При необходимости лечение ex juvantibus. Иммунологическое исследование. Герпетиформный дерматоз – редкое доброкачественное кожное заболева­ние, характеризующееся хронически рецидивирующим течением и полиморф­ными зудящими высыпаниями" на коже.  3. У большинства больных герпетиформным дерматозом (более 90% случаев) кожные высыпания связаны с патологией тонкого кишечника и представляют собой особую форму целиакии. Патология тонкой кишки с на­рушением процессов всасывания (синдром мальабсорбции) обусловлена по­вышенной чувствительностью к глютену – смеси белков клейковины, входяшей в состав злаков. Полагают, что образующиеся иммунные комплексы (глиадин – иммуноглобулин А) гематогенно достигают кожи, фиксируются в области верхушек сосочков дермы и базальной мембраны и вызывают стере­отипную воспалительную реакцию. Она запускается благодаря активации комплемента, что приводит к усилению хемотаксиса нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов, миграции их в субэпителиальную зону. Происходит высвобождение ферментов гранулоцитов, что, в свою очередь, приводит к отслоению эпидермиса от дермы и формированию субэпидермального пу­зыря.  **4.** При мелкопузырном варианте герпетиформного дерматоза его следует дифференцировать от чесотки, почесухи взрослых и пруригинозных высыпаний при атопическом дерматите, от субкорнеального пустулеза. При буллезном варианте – от вульгарной пузырчатки, пемфигоида, иногда и от многоформной экссудативной эритемы, субкорнеального пустулезного дерматоза Снеддона-Вилькинсона.  **5.** Обследование у смежных специальстов с целью исключения паранеопластической природы данного заболевания. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 97 | Подросток 17 лет после  приема сульфадиметоксина по поводу ОРЗ заметил высыпания красных  пятен с пузырьком в центре на коже тыла кистей. Подобные высыпания отмечал год тому назад после приема сульфадимезина.  При осмотре на коже тыльной поверхности кистей три овальных эритематозных папулы синюшно – красного цвета, диаметром  2-3см. В центре одной из папул пузырь с прозрачным содержимым. В полости рта на слизистой оболочке правой щеки 2 напряженных пузыря  величиной с крупную горошину и эрозии неправильной формы размером 0,5\*1,0см.  1. Поставьте диагноз  2. Этиология и патогенез заболевания  3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать  дерматоз у данного больного?  4. Составьте план лечения.  5. Ваши рекомендации больному после клинического  выздоровления. | * + 1. Многоформная экссудативная эритема.   **2.** В настоящее время МЭЭ рассматривается как полиэтиологическое токсико-аллергическое заболевание, в основе которого лежат инфекционные и неинфекционные факторы.   * + 1. К инфекционнымфакторам относят вирусную, бактериальную, грибковую, протозойную инфекцию. К неинфекционнымфакторам относят медикаменты (сульфаниламиды, тетрациклины, производные пиразолона, барбитураты и др.); вакцины, сыворотки, анатоксины. МЭЭ может быть проявлением паранеопластической токсикодермии.     2. В основе патогенеза МЭЭ лежит реакция гиперчувствительности замедленного типа, в результате которой происходит повреждение сосудов дермы, а затем выход из сосудистого русла клеточных элементов.   3. Малую форму МЭЭ следует дифферен­цировать от других разновидностей токсикодермии, розеолезного сифилида, розового лишая, эрозивной формы красного плоского лишая, системной красной волчанки. Буллезные проявления, особенно синдром Стивенса-Джонсона, следует дифференцировать от пузырчатки и других пузырных дерматозов и синдрома Лайелла.  4. Общее лечение:  Дезинтоксикационные и гипосенсибилизирующие препараты. Антигистаминные препараты. Местное лечение: Топические глюкокортикостероидные пре­параты. Растворы анилиновых красителей.  5. Исключить прием причинно значимых лекарственных средств.  Провести санацию очагов хронической инфекции. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 98 | У больного высыпания носят распространенный характер, расположен на коже тыла кистей, стоп, разгибательных поверхностей предплечий и голеней, на туловище и на слизистой полости рта. Представлены пятнами и папулами синюшно – красного цвета до 2,0см в диаметре, а также бляшками с геморрагическими корочками в центре. На  коже груди и спины пузыри размером до лесного ореха с серозно –  геморрагическим содержимым. В полости рта многочисленные эрозии ярко красного цвета. На красной кайме губ массивные геморрагические корки. Из-за резкой болезненности больной не может открыть рот, речь затруднена.  1. Поставьте диагноз  2. Этиология и патогенез заболевания  3. Какие инструментальные исследования можно провести для  установления диагноза?  4. Составьте план лечения.  5. Ваши рекомендации больному после клинического  выздоровления | 1. Многоформная экссудативная эритема.  **2.** В настоящее время МЭЭ рассматривается как полиэтиологическое токсико-аллергическое заболевание, в основе которого лежат инфекционные и неинфекционные факторы.  К инфекционнымфакторам относят вирусную, чаше герпетическую, инфекцию; бактериальные инфекции, грибковую инфекцию протозойную инфекцию. К неинфекционнымфакторам относят медикаменты , вакцины, сыворотки, анатоксины. МЭЭ может быть проявлением паранеопластической токсикодермии.  В основе патогенеза МЭЭ лежит реакция гиперчувствительности замедленного типа, в результате которой происходит повреждение сосудов дермы, а затем выход из сосудистого русла клеточных элементов.  **3.**  Общий анализ крови  Общий анализ мочи.  Биохимический анализ крови. Гистологическое исследование биоптата кожи в случае затруднений.  4. Этиотропная терапия – предотвращение антигенной стимуляции (отмена медикаментов, вызвавших столь своеобразную токсикодермию). При выявлении четкой связи с инфекционным фактором необходима санация  инфекции (противомикробная, противопаразитарная, противовирусная тера­пия).  Патогенетическая терапия направлена на подавление иммунного ответа организма на этиотропный фактор и детоксикацию организма. При формировании пузырей и повышении температуры тела следует назначать больным глюкокортикоидные гормоны в максимальной суточной дозе (1 мг/кг массы тела в сутки).  Симптоматическая терапия включает в себя наружную обработку высыпаний, предотвращение вторичных гнойных осложнений.  5. Исключить прием причинно значимых лекарственных средств,  провести санацию очагов хронической инфекции. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 99 | Больная 38 лет предьявляет жалобы на болезненные высыпания в полости рта и на красной кайме губ. На коже тыльной поверхности кистей синюшно-красного цвета папулы диаметром от 2 до 3 см., несколько возвышающиеся по периферии. В центре папул пузырь с серозногеморрагическим содержимым. В полости рта на слизистой щек яркокрасные эрозии размером с крупную горошину. На красной кайме губ геморрагические корки. Симптом Никольского отрицательный. Симптом «птичьего глазка» положительный.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология и патогенез данного заболевания.  3. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.  4. Составьте план лечения больной (выпишите рецепты).  5. Рекомендации больной после проведения курса терапии. | 1. Многоформная экссудативная эритема.  2. В настоящее время МЭЭ рассматривается как полиэтиологическое токсико-аллергическое заболевание, в основе которого лежат инфекционные и неинфекционные факторы.  К инфекционнымфакторам относят вирусную, чаше герпетическую, инфекцию; бактериальные инфекции, грибковую инфекцию протозойную инфекцию. К неинфекционнымфакторам относят медикаменты , вакцины, сыворотки, анатоксины. МЭЭ может быть проявлением паранеопластической токсикодермии.  В основе патогенеза МЭЭ лежит реакция гиперчувствительности замедленного типа, в результате которой происходит повреждение сосудов дермы, а затем выход из сосудистого русла клеточных элементов.  **3.** Токсикодермии, розеолезный сифилид, розовый лишай, эрозивная форма красного плоского лишая, системная красная волчанка,пузырчатка, синдрома Лайелла.  **4.** Общее лечение:  Дезинтоксикационные, гипосенсибилизирующие и антигистаминные препараты. Местное лечение: Топические глюкокортикостероидные препараты, растворы анилиновых красителей.    Rp.:Methyleni coerulei 0,5 Spiritus aethylici 70%-50,0  M.D.S. Для туширования сыпи.  **5.** Исключить прием причинно значимых лекарственных средств,  провести санацию очагов хронической инфекции. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 100 | В стационар поступила больная 30 лет с высыпаниями по всему кожному покрову. Субъективно резкая болезненность здоровой и пораженной кожи. Процесс носит генерализованный характер, поражен весь кожный покровов. Кожа имеет вид «ошпаренной кипятком». На фоне эритемы располагается большое количество дряблых пузырей. Содержимое пузырей серозное. Определяется положительный симптом Никольского. При прикосновении и слабом трении кожи происходит отслойка эпидермиса. Эпидермис сморщивается под пальцами (симптом «смоченного белья»), легко отторгается с образованием обширных эрозий.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология и патогенез данного заболевания.  3. Чем обусловлены патогномоничные симптомы данного заболевания?  4. В каком отделении стационара должна находиться больная?  5. Составьте план лечения данной больной. | 1. Синдром Лайелла. 2. Синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз) представляет собой остро развивающийся и крайне тяжело протекающий дерматоз, характеризующийся некрозом эпидермиса с его последующим отслоением на протяжении всего кожного покрова. Причи­нами синдрома Лайелла могут быть лекарственные средства, токсины вирусов и бактерий, их сочетание. Несомненное значение имеет генетическая прсдрасположенность пациента к аллергическим реакциям. Как пра­вило, заболеванию предшествует какая-либо инфекция и применение лекарственных средств из групп сульфаниламидов, антибиотиков, барбитуратов, производных пиразолона. 3.При потирании кожи выражена болезненность (предвестник гибели и отслойки эпидермиса). Пузыри разного размера, которые быстро сливаются (зрительный эффект обожженной кожи).   Симптом Никольского ( отслойка эпидермиса обусловленная некрозом эпителия и его отслойкой от дермы).  **4.** В реанимационном отделении стационараожогового центра**.**  **5.** Этиотропная терапия – устранение фактора, вызвавшего ТЭН.  Патогенетическая терапия – интенсивная детоксикация организма, противоаллергическая и противовоспалительная терапия.  Симптоматическая терапия – коррекция водно-электролитного, белкового, кислотно-щелочного баланса, борьба с вторичной инфекцией, обезбо­ливание, тщательный уход за кожей и др. При констатации ТЭН проводят неотложные мероприятия. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 101 | У девочки 3-х лет на фоне полного здоровья в течение суток появилась  лихорадка, сонливость и ригидность затылочных мышц. Через 6 часов  возникла быстро прогрессирующая геморрагическая сыпь.  При обследовании температура 40°С, пульс 160/мин; частота дыхания  (ЧД) 50/мин; АД 60/40 мм рт. ст. Неврологическое обследование сонливость  и менингиальные симптомы. На коже туловища и конечностей  геморрагическая сыпь представленная четко отграниченными пятнами  неправильных очертаний темно-красного и бурого цвета (экхимозами,  петехиями и пурпурами), а также очагами некроза на ногах, нижней части  живота и ягодицах.  ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. Число лейкоцитов крови  45х 109/л; доля палочкоядерных нейтрофилов составляет 90%; количество  тромбоцитов 90x109/л.  Исследование спинномозговой жидкости: концентрация белка 100 мг%,  число клеток в спинномозговой жидкости 0.5х 10 /л (из них 75% представлены нейтрофилами), глюкоза крови 20 мг%, окраска по Граму выявила грамотрицательные диплококки.  1. О каком симптомокомплексе может идти речь, исходя из  клинической картины?  2. При каких заболеваниях этот симптомокомплекс встречается?  3. На чем основана диагностика данного симптомокомплекса?  4. Назначьте лечение.  5. Перечислите возможные осложнения. | 1. Молниеносная пурпура, обусловленная менигококковым сепсисом.  **2.** Наблюдают при трех группах заболеваний. Первая группа, представлена бактериальным сепсисом. Наиболее частый возбудитель — Neisseria meningitides.Вторая группа включает наследственный дефицит протеинов С и S, а также антитромбина III. Заболевание обычно проявляется в грудном и детском возрасте. Третья группа включает идиопатическую и постинфекционную молниеносную пурпуру, которые также чаще всего встречаются у детей. Высыпаниям предшествует инфекции, протекающие с высокой лихорадкой. Самые частые возбудители — вирус varicella-zosterи стрептококки.  **3.** Диагностика молниеносной пурпуры основана на клинической картине и результатах дополнительных исследований, включая биопсию кожи.  **4.** Летальность при молниеносной пурпуре высока и составляет 20-50%. Эффективность лечения зависит от сроков начала терапии, правильного установления причины заболевания, правильного выбора антибиотика. Показана инфузионная терапия, переливание свежезамороженной плазмы, гепарин. При дефиците протеинов С и S необходимо переливание концентрата протеина С. Тромболитики, такие как алтеплаза, применяют для уменьшения последствий тромбоэмболии. В настоящее время исследуют эффективность плазмафереза и иммуносупрессивной терапии у больных с антителами к протеинуS.  **5.** Тромбоэмболия может вызывать серьезные осложнения. Поражение эпифизов у детей может приводить к отставанию роста конечности. Гангрена конечности может потребовать ампутации | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 102 | У девочки 16 лет с 10 –летнего возраста появились на коже туловища и конечностей фиолетовые высыпания,  образующие сетчатый рисунок. При обследовании основные физиологические показатели в норме. На  коже туловища и конечностей фиолетовые высыпания, образующие сетчатый рисунок. Преимущественная локализация высыпаний на тыле стоп и  передней поверхности голени, в меньшей степени — на предплечьях, кистях  и нижней части туловища. Высыпания бледнеют при диаскопии, становясь  желтовато-бурыми из-за отложения гемосидерина. Высыпания не  пальпируются. Капилляры задних ногтевых валиков не изменены. Других  патологических изменений не выявлено.  1. Как называется такая реакция кожи?  2. Дайте определение данной реакции кожи.  3. Что лежит в основе развития этой реакции кожи?  4. Какие варианты данного заболевания существуют?  5.Какие лекарственные средства являются наиболее эффективными в  терапии данного заболевания?  Задача | 1. Идиопатическое ливедо.  **2.** Ливедо — это своеобразная реакция сосудов кожи, которую наблюдают при различных заболеваниях.  **3.** В основе ливедо лежит расширение сосудов поверхностного венозного сплетения, обусловленное увеличением вязкости крови, нарушением оттока крови из кожи, изменением мелких сосудов, включая васкулит и спазм сосудов.  **4.** Выделяют наследственное ливедо и приобретенное ливедо. Последнее включает симптоматическое и идиопатическое ливедо. Причины симптоматического ливедо включают болезни соединительной ткани. Если причину приобретенного ливедо установить не удалось, то его называют идиопатическим (или первичным).  **5.** Антиагреганты - дилиридамол, тиклопидин и аспирин в низких дозах (пентоксифиллин - уменьшает вязкость крови и увеличивает эластичность эритроцитов).  Препараты, увеличивающих фибринолиз, (станозолол).  При язвах показан постельный режим.  Необходимо избегать факторов, увеличивающих вязкость и свертываемость крови (курение, применение пероральных противозачаточных средств).  Исключать лекарственную природу заболевания. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 103 | К дерматовенерологу обратилась мать с ребенком 7 лет с жалобами на появление у ребенка сыпи на ногах и ягодицах, повышение температуры тела до 380С, болями в суставах. При осмотре на коже голеней, бедер и ягодиц пурпурозные папулы  величиной от булавочной головки до 2см (пальпируемая пурпура). Выраженный отек голеней и лодыжек.  1. Поставьте диагноз. Дайте определение заболеванию.  2. Этиология и патофизиология заболевания.  3. Кто подвержен самому большому риску развития данной патологии?  4. На чем базируется диагностика заболевания?  5. Признаки заболевания со стороны внутренних органов? | 1. Пурпура Шенлейна – Геноха. Лейкоцитокластический васкулит мелких сосудов вследствие отложений иммунных комплексов иммуноглобулина А в посткапиллярных венулах.  **2.** Развитию заболевания способствуют различные инфекционные агенты, лекарство, химикаты и пищевые аллергены. Васкулит ассоциируется со многими хроническими заболеваниями соединительной ткани и злокачественными новообразованиями. Происходит отложение иммунных комплексов иммуноглобулина G или иммуноглобулина М в мелких посткапиллярных венулах.  3. Примерно в 90% всех случаев заболевания, пурпура наблюдается у детей младше 10 лет. Самому большому риску подвержены мальчики в возрасте от 4 до 8 лет.  4. типичные клинические признаки.  гистологическое исследование (обнаружение иммунных комплексов).  базовые лабораторные тесты (полный анализ крови, био-химический анализ крови, клинический анализ мочи)  **5.**  Артралгии (80%), боль в животе (70%), изменения почек (45%) являются наиболее распространенными проявлениями.  Реже развиваются со стороны нервной системы (эпилептические припадки, неврологическая симптоматика), легких (легочная геморрагия), сердце (миокардит), гепатомегалия, паротит, некроз надпочечников. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 104 | К дерматовенерологу обратился больной 38 лет с жалобами на появление многочисленных высыпаний на ногах. Больным себя считает в течение месяца, когда впервые появились множественные оранжево-коричневые пятна на ногах. Некоторые пятна со временем стали исчезать, оставляя пигментацию. Со стороны внутренних органов отмечает первичный билиарный цирроз печени. Процесс локализуется на коже голеней и около лодыжек. Высыпания представлены оранжево-коричневыми пятнами различной формы и размеров, а также оранжево-коричневыми крапинками размером с булавочную головку в виде «кайенского перца».  1. Поставьте диагноз. Дайте определение заболеванию.  2. У кого чаще встречается данная патология?  3. Перечислите агенты, провоцирующие заболевание.  4. Течение и прогноз заболевания.  5. Дифференциальная диагностика заболевания. | 1. Болезнь Шамберга – форма прогрессирующей пигментной пурпуры. Представляет собой лимфоцитарный капиллярит, предполагающий наличие клеточно – опосредуемой гиперчувствительности.  **2.** Среди взрослых чаще болеют мужчины, среди детей – девочки.  **3.**  Инфекции (бактерии, вирусы, грибы, простейшие, гельминты), лекарства (инсулин, пенициллин, сульфаниламиды и др.)  химикаты (инсектициды, …) пищевые аллергены (молочный белок, глютен, …).  **4.** Болезнь Шамберга – это хроническое состояние без наличия внутреннего заболевания. Подавляющее большинство пациентов со временем выздоравливают.  **5.**  Монетовидная экзема – цинга, сенильная пурпура  контактный дерматит,  медикаментозная пурпура. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 105 | Высыпания на коже туловища, сгибательной поверхности плеч, предплечий располагаются папулы синюшно-красного цвета полигональных очертаний с восковидным блеском. В центре некоторых из них имеется пупковидное вдавление. При смазывании отдельных папул вазелиновым маслом отмечается их поперечная исчерченность. На коже предплечий линейные и точечные экскориации.  1. Поставьте диагноз  2. Этиология и патогенез заболевания  3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания  4. Какие исследования необходимо назначить больной?  5.Составьте план лечения больной. | 1. Красный плоский лишай.  2. Этиология и патогенез заболевания изучены недостаточно. В основе развития КПЛ лежат комплексные нейрогуморальные и иммуноаллергические нарушения. У больных КПЛ установлено снижение количества Т – клеток и увеличение коэффициента Т – хелперы / Т - супрессоры в крови и очагах поражения.  3. С атопическим дерматитом, вторичным сифилисом, красным отрубевидным волосяным лишаем, болезнью Дарье, псориазом.  4.Общий анализ крови  Общий анализ мочи. Биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ, триглицериды, холестерин). Гистологическое исследование биоптата кожи. Исследование биоптата кожи методом прямой иммунофлюоресценции. Обследование на ВИЧ-инфекцию, гепатит В и С.  **5.** Общее лечение: Дезинтоксикационные, гипосенсибилизирующие, антигистаминные препараты. Местное лечение: Топические глюкокортикостероидные препараты (бетаметазон 0,1 % мазь, клобетазол 0,05% крем и мазь, гидрокортизон 0,1% мазь). | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 106 | На прием к дерматологу обратилась больная 32-х лет с жалобами на  высыпания в виде «бородавок» и периодический нестерпимый зуд.  Считает себя больной около года. У дерматолога не  наблюдалась. Заболевание началось после психотравмы.  На туловище и нижних конечностях бляшки. Цвет бляшек ливидный с фиолетовым оттенком, поверхность неровная, бугристая, испещрена бородавчатыми выступами с множеством углублений. По периферии основных очагов мелкие фиолетово – красные узелки с  пупковидным вдавлением в центре. Слизистая полости рта без высыпаний.  1. Поставьте диагноз.  2. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с  болезнью Дарье  3. Показания для госпитализации  4. Наиболее частые ошибки в лечении.  5. Профилактика заболевания. | 1. Красный плоский лишай (гипертрофическая форма).  2. Для фолликулярного дискератоза Дарье, в отличие о КПЛ, характерны папулы диаметром 2-5мм, сероватого или буроватого цвета, покрытые твердыми ороговевшими корочками, плотно прилегающими к их поверхности. Высыпания распологаются обычно симметрично на волосистой части головы, лице, шее, груди, между лопатками, в подмышечных и пахово-бедренных складках.  3. Госпитализация показана при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения, а также при наличии тяжелых форм заболевания или осложнений.  4. Отсутствие офтальмологического контроля при лечении аминохинолиновыми препаратами. Неоправданно длительное применение глюкокортикостероидных препаратов.  5. Следует избегать стрессовых ситуаций, переохлаждения, травматизации кожи, необоснованного применения лекарственных средств. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 107 | У больного 20 лет после нервного перенапряжением во время сессии появились высыпания. Беспокоил интенсивный зуд кожи. На коже сгибательной поверхности предплечий и внутренней поверхности бедер имеются полигональные папулы с блестящей поверхностью, синюшно-красного цвета с центральным западением. Отдельные папулы сливаются с образованием небольших бляшек, на фоне которых заметны переплетающиеся полоски. На слизистой полости рта по линии смыкания зубов белесоватые папулезные элементы.  1. Поставьте диагноз  2. Этиология и патогенез заболевания  3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания  4. Какие исследования необходимо назначить больному?  5.Составьте план лечения больного. | 1. Красный плоский лишай (типичная форма).  2. Типичная, экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная, буллезная, гиперкератотическая.  3. При болезни Девержи высыпания состоят из фолликулярных пятен желтовато-красного цвета. Локализуются чаще на разгибательной поверхности конечностей особенно на тыльной поверхности пальцев (симптом Бенье). Отмечается тенденция к слиянию папул с образованием очагов с шероховатой поверхностью, напоминающей терку, иногда развивается эксфолиативная эритродермия и в ранние сроки возникает кератоз в области ладоней и подошв, что мало характерно для КПЛ.  4. Отсутствие новых и разрешение существующих высыпаний, уменьшение зуда.  5. Следует избегать стрессовых ситуаций, переохлаждения, травматизации кожи, необоснованного применения лекарственных средств. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 108 | У больной 56 лет появились высыпания на слизистой полости рта и на коже туловища. Беспокоят сухость во рту, жажда, немотивированное увеличение массы тела. Из сопутствующих заболеваний – гипертоническая болезнь. На коже живота, сгибательной поверхности плеч, предплечий, кистей, располагаются розово-красного цвета с ливидным оттенком папулы полигональных очертаний с восковидным блеском. В центре некоторых из них имеется пупковидное вдавление. При смазывании отдельных папул вазелиновым маслом отмечается их поперечная исчерченность. На слизистой полости рта имеются единичные эрозии неправильных очертаний. Вокруг эрозий располагаются серовато-белого цвета милиарные папулы. Ногти на кистях имеют выраженную продольную исчерченность и очаговое помутнение. Лимфоузлы не увеличены.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение данному синдрому.  3. Консультации каких специалистов необходимы больной?  4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания  5. Профилактика заболевания. | 1. Красный плоский лишай (синдром Гриншпана).  2. Синдром Гриншпана – сочетание эрозивно-язвенной формы КПЛ на слизистой рта с сахарным диабетом и гипертонической болезнью.  3. Консультации эндокринолога, терапевта, стоматолога.  4. Дифференциальная диагностика со вторичным сифилисом, атопическим дерматитом, красным отрубевидным волосяным лишаем, болезнью Дарье, псориазом.  5. Следует избегать стрессовых ситуаций, переохлаждения, травматизации кожи, необоснованного применения лекарственных средств. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 109 | Больного 39 лет в течение 3- х лет в зимнее время года беспокоят высыпания на коже туловища и конечностей. Из сопутствующих заболеваний - хронический холецистопанкреатит, сахарный диабет. Процесс носит распространенный характер, локализуется на коже туловища, разгибательной поверхности нижних конечностей. Высыпания представлены лентикулярными папулами и бляшками розового цвета, поверхность их полностью покрыта серебристобелыми чешуйками.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология и патогенез заболевания  3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания  4. Врачей каких специальностей необходимо привлечь к решению  вопросов диагностики и лечения сопутствующих заболеваний?  5. Составьте план лечения больного. | 1. Распространенный псориаз, стационарная стадия, зимняя форма.  2. Этиология заболевания остается невыясненной. Одной из основных гипотез его развития считают наследственную. Однако даже у людей с неблагоприятным генотипом в возникновении заболевания играют роль различные провоцирующие факторы (инфекции, стрессы, алкоголь, некоторые группы медикаментов, эндокринные и обменные нарушения, артифициальные травмы).  3. С псориазиподобными сифилидами, себорейной экземой, розовым лишаем Жибера, красной волчанкой.  4. Эндокринолог, гастроэнтеролог.  5. Режим охранительный: ограничение стрессовых ситуаций. Диета. Антигистаминные препараты, гипосенсибилизирующие, дезинтоксикационные средства. Местное лечение: Топические глюкокортикостероидные препараты. Физиотерапевтическое лечение ( селективнаяфототерапия, магнитолазерная терапия, ПУВА-терапия). | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 110 | У девочки 9 лет около 4-х недель назад на фоне полного здоровья стали появляться шелушащиеся розовые зудящие бляшки на туловище и конечностях. Основные физиологические показатели в норме. Высыпания расположены симметрично на туловище и разгибательных поверхностях конечностей. Представлены розовыми бляшками и папулами, покрытыми серебристо-белыми чешуйками. В перианальной области эритема и умеренное шелушение.  1. О каком заболевании идет речь?  2. Какие феномены характерны для данного заболевания?  3. Перечислите клинические разновидности заболевания  4. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза.  5. Особенности течения заболевания. | 1. Распространенный псориаз, стационарная стадия, зимняя форма  2. В прогрессирующей стадии псориаза наблюдается изоморфная реакция раздражения (симптом Кебнера), которая выражается в возникновении псориатических высыпаний на местах травмы кожи, иногда даже самой незначительной. Псориатическая триада включает в себя следующие феномены: феномен стеаринового пятна, феномен терминальной пленки, феномен «кровяной росы» или точечного кровотечения (Ауспитца).  3. Экссудативный псориаз, ладонно-подошвенный псориаз, пятнистый псориаз, поражение ногтей, псориатическая эритродермия, пустулезный псориаз, псориатический артрит  4. Дифференциальная диагностика с псориазиподобными сифилидами, розовым лишаем Жибера, красной волчанкой.  5. Течение псориаза различное у разных больных. С ремиссиями в несколько месяцев или лет заболевание тянется до конца жизни, обостряясь чаще в осенне-зимний период года (зимняя форма), реже в весенне-летний период (летняя форма). | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 111 | Высыпания локализуются  на коже туловища, разгибательной поверхности верхних и  нижних конечностей, представлены множественными милиарными и  лентикулярными папулами. На коже живота и спины крупные бляшки. Цвет  элементов розово-красный, их поверхность покрыта серебристо-белыми  чешуйками, по периферии ободок ярко-красного цвета. Наблюдается  появление новых папул и их периферический рост. При поскабливании  высыпаний появляется гладкая, блестящая поверхность, затем точечное кровотечение. Ногтевые пластинки утолщены, имеется симптом “наперстка”.  1. О каком заболевании идет речь?  2. Клинические разновидности данного дерматоза.  3. Основные провоцирующие факторы заболевания.  4. Влияние заболевания на качество жизни.  5. Основные принципы лечения заболевания. | 1. Распространенный псориаз, прогрессирующая стадия, зимняя форма.  2. Себорейный псориаз, экссудативный, ладонно-подошвенный, пятнистый, поражение ногтей, псориатическая эритродермия, пустулезный псориаз, псориатический артрит.  3. Инфекционные заболевания (особенно стрептококковые, вирусные),стрессы, применение некоторых групп медикаментов (β-блокаторы, препараты лития и золота, интерфероны, антималярийные средства, пероральные контрацептивы и др), злоупотребление алкоголем, курение, травмы кожи.  4. Косметические недостатки. Ощущение зуда, болезненности при некоторых формах псориаза Постоянные высокие материальные затраты, связанные с лечением. Инвалидизация при тяжелых формах заболевания.  **5.** Современная патогенетическая терапия псориаза заключается в применении супрессивных методов, направленных на снижение пролиферативной активности кератиноцитов и нормализацию их дифференцировки подавление Т-клеточных иммунных реакций в дерме устранение дисбаланса. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 112 | На прием к дерматологу обратился больной 17 лет с жалобами на высыпания на коже конечностей, боль в области правого лучезапястного  сустава, суставов кистей, изменение ногтевых пластинок рук.  На разгибательной поверхности локтевых и  коленных суставов имеются бляшки красного цвета размером 5х8 см, по всей  поверхности покрытые серебристо-белыми чешуйками. Периферического  роста бляшек, появления новых элементов не наблюдается. В области  правого лучезапястного сустава, межфаланговых суставов кистей имеется  припухлость. Деформация дистальных фаланговых суставов, движения в них  ограничены. Ногтевые пластинки утолщены, имеется симптом «наперстка».  При поскабливании бляшек наблюдаются феномены «стеаринового» пятна,  терминальной пленки и точечного кровотечения.  1. Поставьте диагноз.  2. Инструментальные методы диагностики данного артрита.  3. Перечислите клинические варианты артрита, характерные для  данного заболевания.  4. Показания к назначению препарата «Ремикейд».  5. Наружная терапия заболевания. | 1. Распространенный псориаз, стационарная стадия, зимняя форма. Псориатическая артропатия.  2. Рентгенография (изменения на рентгенограммах кистей и стоп, сакроилеит). УЗИ высокого разрешения (верификация синовитов и энтезитов). Магнитно-резонансная томография (верификация синовитов, энтезитов и раннее выявление эрозий).  3. Асимметричный олигоартрит крупных суставов в сочетании с дактилитом, энтезитами. Симметричный артрит, напоминающий ревматоидный артрит Мутилирующий артрит  Спондилит, напоминающий болезнь Бехтерева. Сочетание с глазными симптомами – конъюнктивит, увеит  4.Для лечения больных тяжелой степени тяжести, подлежащих системной терапии, а также больных псориазом средней степени тяжести при неэффективности или наличии противопоказаний к ПУВА-терапии.  5. Топические глюкокортикостероиды (моно- или в комбинации с кератопластическими, кератолитическими средствами). Препараты с синтетическим аналогом витамина D3-кальципотриолом (моно- или в комбинации с глюкокортикостероидами). Топические ретиноиды. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 113 | У больного 46 лет В полости рта на слизистой губ и щек папулезные высыпания округлой формы, слегка возвышающиеся над окружающей слизистой, с четкими границами, серовато-белого цвета. На коже волосистой части головы, туловища и разгибательной поверхности конечностей мономорфные милиарные и лентикулярные папулы яркокрасного цвета, округлой формы, покрытые серебристо – белыми чешуйками в центре и имеющие ярко-красный ободок по периферии. Симптом Кебнера положительный. Отец и старшая сестра страдают подобным заболеванием.  1. Поставьте диагноз.  2. Основные провоцирующие факторы заболевания.  3. Влияние заболевания на качество жизни.  4. Основные принципы лечения заболевания.  5. Наружная терапия в данной стадии заболевания. | 1. Распространенный псориаз, прогрессирующая стадия, зимняя форма.  2. Инфекционные заболевания (особенно стрептококковые, вирусные), стрессы, применение некоторых групп медикаментов (β-блокаторы, препараты лития и золота, интерфероны, антималярийные средства, пероральные контрацептивы и др), злоупотребление алкоголем, курение, травмы кожи.  **3.**Косметические недостатки даже при ограниченных формах, особенно при локализации на лице, кистях, больные отмечают ограничение контактов, прекращение занятий спортом, в некоторых случаях, особенно у молодых людей, развиваются выраженные депрессивные состояния, нередко высыпания на открытых участках тела приводят к потере работы.  4. Необходимо учитывать: клиническую форму, распространенность и активность псориатического поражения соматический статус и возможную реакцию на лечение, возраст и мотивацию пациента. Применение супрессивных методов, направленных на: снижение пролиферативной активности кератиноцитов и нормализацию их дифференцировки, подавление Т-клеточных иммунных реакций в дерме, устранение дисбаланса между противовоспалительными и провоспалительными цитокинами.  5. Смягчающие, увлажняющие средства с добавлением кератопластических средств (салициловой или молочной кислоты, мочевины). Моноглюкокортикостероидные препараты либо их комбинации с кератопластическими, кератолитическими средствами топические ретиноиды. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 114 | Высыпания на коже живота, сгибательной поверхности плеч, предплечий располагаются розового – красного цвета папулы полигональных очертаний с восковидным блеском. В центре некоторых из них имеется пупковидное вдавление. При смазывании отдельных папул вазелиновым маслом отмечается их поперечная исчерченность. На слизистой полости рта имеются единичные эрозии неправильных очертаний, вокруг эрозий серовато-белого цвета мелкие папулы. Ногтевые пластинки на кистях имеют выраженную продольную исчерченность.  1. О каком синдроме идет речь?  2. Дайте определение данному синдрому.  3. Консультации каких специалистов необходимы больной?  4. Показания для госпитализации  5. Наиболее частые ошибки в лечении. | 1. Красный плоский лишай (синдром Гриншпана).  2. Синдром Гриншпана – сочетание эрозивно-язвенной формы КПЛ на слизистой рта с сахарным диабетом и гипертонической болезнью.  3.Консультации эндокринолога, кардиолога, гастроэнтеролога, стоматолога.  4. Госпитализация показана при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения, а также при наличии тяжелых форм заболевания или осложнений.  5. Отсутствие офтальмологического контроля при лечении аминохинолиновыми препаратами. Неоправданно длительное применение глюкокортикостероидных препаратов. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 115 | У больного кожный процесс носит распространенный характер, локализуется на коже туловища, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей. Высыпания представлены множественными милиарными и лентикулярными папулами. На коже живота и спины крупные бляшки. Цвет элементов розово – красный, их поверхность покрыта серебристо – белыми чешуйками, по периферии ободок ярко – красного цвета. На местах давления одеждой милиарные папулы. При поскабливании высыпаний появляется гладкая, блестящая поверхность, затем точечное кровотечение. Коленные суставы визуально не изменены, движения активные и пассивные ограничены, сопровождаются болезненностью.  1. О каком заболевании идет речь?  2. Основные принципы лечения заболевания.  3. Наружная терапия в данной стадии дерматоза.  4. С чем связано широкое применение топических стероидов в лечении заболевания?  5. Симптомы, заставляющие подозревать артрит при отсутствии кожного поражения. | 1.Распространенный псориаз, прогрессирующая стадия, зимняя форма. Псориатический артрит.  2.Необходимо учитывать: клиническую форму, распространенность и активность псориатического поражения соматический статус и возможную реакцию на лечение, возраст и мотивацию пациента Современная патогенетическая терапия псориаза заключается в применении супрессивных методов, направленных на: снижение пролиферативной активности кератиноцитов и нормализацию их дифференцировки, подавление Т-клеточных иммунных реакций в дерме, устранение дисбаланса между противовоспалительными и провоспалительными цитокинами.  3. смягчающие, увлажняющие средства с добавлением кератопластических средств (салициловой или молочной кислоты, мочевины), моноглюкокортикостероидные препараты либо их комбинации с кератопластическими, кератолитическими средствами. Топические ретиноиды.  4. Топические стероиды оказывают противовоспалительное действие (сужение сосудов, разрешение воспалительного инфильтрата), эпидермостатическое (снижение пролиферации кератиноцитов) и местноанестезирующее действие (уменьшение зуда).  5. Поражение дистальных межфаланговых суставов, дактилит, асимметричное поражение суставов, поражение ногтей. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 116 | На прием к дерматологу обратился больной 20 лет с жалобами на высыпания на коже рук и ног, нестерпимый зуд кожи. Считает себя больным 2 недели. Сначала появились высыпания красного цвета на коже рук. Затем появились высыпания на ногах. Беспокоил сильный зуд. Процесс носит диссеминированный характер. Симметричный. На коже сгибательной поверхности предплечий и внутренней поверхности бедер имеются плоские, полигональные папулы синюшно-красного цвета. Отдельные папулы сливаются с образованием бляшек. На слизистой полости рта по линии смыкания зубов белесоватые, папулезные элементы, напоминающие манную крупу.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология и патогенез заболевания.  3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз  у данного больного?  4. Принципы общей и наружной терапии.  5. Выпишите рецепты. | 1. Красный плоский лишай (типичная форма).  2. Этиология и патогенез заболевания изучены недостаточно. В основе развития КПЛ лежат комплексные нейрогуморальные и иммуноаллергические нарушения. В патогенезе заболевания важная роль отводится состоянию клеточного звена иммунной системы. В частности, у больных КПЛ установлено снижение количества Т – клеток и увеличение коэффициента Т – хелперы / Т - супрессоры в крови и очагах поражения.  3. С атопическим дерматитом, вторичным сифилисом, красным отрубевидным волосяным лишаем, псориазом.  4. Общее лечение: Дезинтоксикационные, гипосенсибилизирующие антигистаминные препараты. Местное лечение: Топические глюкокортикостероидные пре­параты (бетаметазон 0,1 % мазь, клобетазол 0,05% крем и мазь, гидрокортизон 0,1% мазь). ПУВА-терапия с пероралъным применением фотосенсибилизаторов (метоксален).  **5.** Rp: Ung. “Vipsogal” 30,0  D.S. Смазыватьучастки поражения 2 раза в день тонким слоем.  Rp: Cremoris “Locoid” 30,0  D.S. Наносить на очаги 2 раза в день. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 117 | Высыпания на коже носят распространенный характер процесс носит распространенный характер. Симметричный. На разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, на туловище бляшки ярко-розового цвета, величиной до детской ладони с четкими границами, на их поверхности множественные мелко- и среднепластинчатые белесоватого цвета чешуйки. Симптомы псориатической триады положительные. На I,III пальцах левой кисти, III, IV пальцах правой кисти положительный симптом наперстка. Левый коленный сустав визуально не изменен, кожа над ним без воспалительных явлений. Рентгенографически: околосуставной остеопороз, сужение суставной щели. Межфаланговые суставы обеих кистей деформированы, кожа над ними без воспалительных явлений, сгибание и разгибание в них затруднено, болезненно. Рентгенографически: околосуставной остеопороз, неравномерное сужение суставных щелей, остеофиты.  1. Поставьте диагноз.  2. Влияние заболевания на качество жизни.  3. Наружная терапия заболевания.  4. Показания и противопоказания к назначению препарата «Ремикейд».  5. Клинические варианты артрита, характерные для данного заболевания. | 1. Распространенный псориаз, стационарная стадия, зимняя форма. Псориатический полиартрит.  2.Косметические недостатки (даже при ограниченных формах, особенно при локализации на лице, кистях, больные отмечают ограничение контактов, прекращение занятий спортом, в некоторых случаях, особенно у молодых людей, развиваются выраженные депрессивные состояния, нередко высыпания на открытых участках тела приводят к потере работы). Ощущение зуда, болезненности при некоторых формах псориаза. Постоянные высокие материальные затраты, связанные с лечением. Инвалидизация при тяжелых формах заболевания и т.д.  3. Топические глюкокортикостероиды (моно- или в комбинации с кератопластическими, кератолитическими средствами). Препараты с синтетическим аналогом витамина D3-кальципотриолом (моно- или в комбинации с глюкокортикостероидами). Топические ретиноиды.  4. Показания: для лечения больных тяжелой степени тяжести, подлежащих системной терапии, а также больных псориазом средней степени тяжести при неэффективности или наличии противопоказаний к ПУВА-терапии. Противопоказания: гиперчувствительность,тяжелые инфекции (сепсис, туберкулез, абсцесс), беременность и грудное вскармливание, сердечная недостаточность (тяжелая или средней степени тяжести), возраст до 18 лет.  5. Асимметричный олигоартрит крупных суставов в сочетании с дактилитом, энтезитами. Симметричный артрит, напоминающий ревматоидный артрит. мутилирующий артрит. спондилит, напоминающий болезнь Бехтерева. Сочетание с глазными симптомами – конъюнктивит, увеит. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 118 | У больного красная кайма губ гиперемирована, несколько отечна, покрыта слюдообразными чешуйками серого цвета, плотно прикрепленными своим центром к красной кайме и несколько отстающими по краям. После снятия чешуек остается ярко - красная гладкая поверхность губы. Кожа вокруг красной каймы и углы рта в патологический процесс не вовлечены. Обострения заболевания больная связывает с психоэмоциональными нарушениями. Состоит на учете у психотерапевта по поводу депрессии.  1. Поставьте диагноз.  1. Этиология и патогенез заболевания.  2. Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания.  3. Назначьте лечение.  4. Рекомендации больной после окончания лечения. | 1. Эксфолиативный хейлит (сухая форма).  2. Этиология и патогенез окончательно не изучены.Важная роль принадлежит психоэмоциональным факторам. При сухой форме эксфолиативного хейлита превалируют депрессивные реакции. Определенное значение имеют эндокринные нарушения, генетическая предрасположенность.  3. Необходимо дифференцировать с атопическим, метеорологическим, контактным аллергическим хейлитами.  4. Антидепрессанты (амитриптилин 0,025 2р/день). Транквилизаторы (элениум 0,01 3р/день). Наружно ожиряющие кремы и мази.  5. Необходимо проводить психопрофилактические беседы. Консультации психотерапевта. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 119 | У больного слизистая языка и щек гиперемирована, покрыта белым налетом, при снятии которого обнажается кровоточащая эрозия. Кожа в углу рта мацерирована, влажная, покрыта белым, легко снимающимся налетом, после удаления которого обнажается красная гладкая эрозированная поверхность. Красная кайма губ гиперемирована, отечна, покрыта сероватого цвета чешуйками. Из сопутствующих заболеваний - сахарный диабет и ожирение.  1. Поставьте предварительный диагноз.  2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для  подтверждения диагноза?  3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную  диагностику?  4. Наметьте план лечения больного.  5. Врачей каких специальностей Вы привлекли бы к решению вопросов  лечения и профилактики? | 1.Кандидозный стоматит, хейлит, кандидозная заеда.  2. Микроскопическое исследование налета с полости рта. Проведение серологических реакций: РПГА (реакция пассивной гемагглютинации), ИФА (иммунный ферментный анализ), определение IgE против С. albicans; посев материала со слизистой полости рта.  3. Со стрептококковой, сифилитической, микотической заедами, эрозивной формой красного плоского лишая, афтозным стоматитом, вторичными сифилидами, симптоматическими хейлитами.  4. Общее лечение- внутрь Diflucan 50 мг 3р/день в течение 1 недели. Местное лечение: Полоскания содовые, с раствором шалфея, ромашки. На язык, слизистую рта водный 5% тетраборат натрия (бура) в глицерине. Облепиховое масло на очаги поражения. Водные и спиртовые анилиновые красители. В случае стойкости процесса  5. Консультации эндокринолога, диетолога. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 120 | Высыпаия расположены на красной кайме нижней губы. На фоне умеренной эритемы и отека две эрозии овальной формы с гладкой,  «полированной» поверхностью, розовато-красного цвета, размером 1 х 2 см, покрытые тонкой серозной корочкой. При пальпации уплотнения в основании и вокруг эрозий нет. По поводу разрушенных передних нижних зубов проведено протезирование у стоматолога.  1. О каком заболевании идет речь?  2. Этиология и патогенез заболевания.  3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.  4. Течение заболевания.  5. Тактика лечения при появлении признаков озлокачествления. | 1. Абразивный преканкрозный хейлит Манганотти.  2. Значительную роль играют возрастные трофические изменения тканей, которые особенно выражены у лиц с разрушенными передними нижними зубами. В связи с этим легко возникает деструктивная ответная реакция на инсоляцию, острую и хроническую травму.  3. С эрозивной формой красного плоского лишая, эрозивно – язвенной формой красной волчанки, акантолитической пузырчаткой, герпетической эрозией.  4. Течениехейлита Манганотти хроническое, часто заканчивается озлокачествлением спустя 3 месяца – 30 лет после начала заболевания  5. Если появились признаки озлокачествления, следует произвести хирургическое удаление очага поражения в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 121 | На прием к стоматологу обратился мужчина 59 лет с жалобами на появление уплотнения на нижней губе. Несколько месяцев назад заметил на красной кайме нижней губы появление безболезненного уплотнения, покрытого тонкими плотно сидящими чешуйками. Не лечился. При попытке снять роговые чешуйки отмечал небольшое кровотечение. На красной кайме нижней губы, сбоку от центра, резко ограниченный участок уплотнения полигональной формы, размером 1,5 х 1,8 см. Поверхность очага покрыта тонкими, плотно сидящими чешуйками серовато-белого цвета.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология и патогенез заболевания.  3. Течение заболевания.  4. Признаки озлокачествления заболевания.  5. Лечение. | 1. Бородавчатый предрак. **2.**Ведущая роль в возникновении бородавчатого предрака принадлежит солнечной инсоляции и термической травме.  **3.**Довольно быстрое течение озлокачествление может произойти спустя 1 -2 месяца после начала заболевания.  4. Внезапное увеличение размеров поражения, усиление ороговения, появление уплотнения в основании, эрозирование или изъязвление элемента.  5.Показано хирургическое удаление участка поражения в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 122 | На прием к дерматологу обратился больной 32-х лет с жалобами на высыпания на красной кайме нижней губы, сопровождающиеся зудом. Больной отмечает сезонность заболевания: как правило, начинается в весенне-летний период. При осмотре на фоне ярко- красной эритемы нижней губы отмечаются мелкопластинчатые, сухие, беловатые чешуйки, очаги ороговения величиной до горошины. Верхняя губа и кожа лица не поражены.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология и патогенез заболевания  3. Диагностика заболевания.  4. Прогноз заболевания  5. Профилактика заболевания | 1. Актинический хейлит  2. Основная причина возникновения актинического хейлита – развитие аллергической реакции по замедленному типу на УФ-лучи. Определенную патогенетическую роль играет состояние желудочно – кишечного тракта и гепатобилиарной системы.  3. Диагностика актинического хейлита основана на клинической картине и типичном анамнезе.  4. Прогноз актинического хейлита благоприятный, однако длительно существующий процесс может служить фоном для развития предраковых заболеваний.  5. Профилактика заключается в применении фотозащитных мазей и кремов. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 123 | К дерматологу обратилась больная 25 лет с жалобами на высыпания на красной кайме губ, сопровождающиеся умеренным зудом. Считает себя больной в течение 5-7 дней, когда после нанесения на губы гигиенической губной помады появились отек, высыпания, мокнутие. Беспокоил зуд. Процесс носит ограниченный характер с локализацией на красной кайме губ. На фоне эритемы и отека милиарные папулы, везикулы, эрозии, серозные и геморрагические корочки.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение данному заболеванию  3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у  данной больной?  4. Причины развития заболевания  5. Ваши рекомендации больной после клинического выздоровления | 1. Контактный аллергический хейлит.  2. Воспаление красной каймы губ, возникающее в результате непосредственного воздействия на кожу экзогенного раздражающего фактора (сенсибилизатора).  3. Дифференциальная диагностика с другими видами хейлита, красным плоским лишаем, красной волчанкой.  4. Причиной аллергических контактных хейлитов являются в основном губные помады, а также пластмасса зубных протезов, компоненты зубных порошков и паст, пластмассовые мундштуки духовых инструментов.  5. Подбор гипоаллергенной губной помады. Гигиенический уход за кожей лица и красной каймой губ. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 124 | У больной 80 лет на коже правой щеки овальной формы, плотная на ощупь нумулярная папула размером 1,5 х 2,0 см с геморрагической корочкой в центре и «жемчужными» возвышающимися краями. При пальпации болезненности нет. Подчелюстные лимфоузлы не увеличены.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию  3. Что является типичным для данного заболевания?  4. Перечислите клинические варианты заболевания  5. Течение и прогноз заболевания. | 1. Узелковый базально – клеточный рак.  2. Базально – клеточный рак - самая распространенная злокачественная опухоль кожи у людей.  3. Типичен местный инвазивный рост и деструктивный характер, растет опухоль обычно медленно и редко метастазирует. Является наиболее распространенным вариантом базалиомы.  4. Узелковый, пигментированный, поверхностный, микроузелковый, склеродермоподобный.  5. Без лечения процесс персистирует, изъязвляется и инвазирует, разрушая окружающие структуры. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 125 | Мужчина по поводу «язвочки» на нижней губе. Больной гомосексуалист. Месяц назад был орально-генитальный половой контакт с малознакомым мужчиной. Процесс носит ограниченный характер. На красной кайме нижней губы ближе к правому краю язва, правильной округлой формы, мясо-красного цвета, с серозным отделяемым, при пальпации безболезненная, в основании прощупывается уплотнение. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, при пальпации безболезненные, с окружающей тканью не спаяны.  1. Поставьте предварительный диагноз.  2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения  диагноза?  3. Перечислите пути заражения данным заболеванием.  4. Перечислите атипичные формы первичного аффекта.  5. Индивидуальная профилактика заболевания. | 1. Первичный сифилис других локализаций.  2. Обнаружение бледной трепонемы с помощью микроскопии в темном поле. полимеразная цепная реакция (ПЦР), серологические тесты на сифилис.  3. Половой, бытовой, гемотрансфузионный, трансплацентарный, профессиональный.  4. Шанкр – амигдалит, шанкр – панариций, индуративный отек.  5. Индивидуальная профилактика обеспечивается использованием барьерных методов контрацепции (презервативов). После случайной незащищенной половой связи может быть осуществлена самостоятельно лицом, подвергшимся опасности заражения ИППП. Проводится с помощью индивидуальных профилактических средств (в соответствии с прилагаемой к ним инструкцией), к которым относятся хлоргексидин биглюконат (гибитан), цидипол, мирамистин и другие. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 126 | К дерматологу обратился больной 46 лет с жалобами на появление образования на коже носа, сопровождающееся кровоточивостью. Больным себя считает в течение года. К врачу не обращался. Не лечился. Процесс носит ограниченный характер. На крыле носа справа очаг поражения, представляет собой перламутрово-белую, куполообразную папулу, в центре покрытую геморрагической корочкой. По периферии папулы приподнятый валик.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию  3. Что является типичным для данного заболевания?  4. Перечислите клинические варианты заболевания  5. Течение и прогноз заболевания. | 1. Узелковый базально – клеточный рак.  2. Базально – клеточный рак - самая распространенная злокачественная опухоль кожи у людей.  3. Типичен местный инвазивный рост и деструктивный характер, растет опухоль обычно медленно и редко метастазирует. Является наиболее распространенным вариантом базалиомы.  4. Узелковый, пигментированный, поверхностный, микроузелковый, склеродермоподобный.  5. Без лечения процесс персистирует, изъязвляется и инвазирует, разрушая окружающие структуры. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 127 | К дерматологу обратился больной 70 лет с жалобами на появление образования на нижней губе. При осмотре на красной кайме нижней губы белые папулы, четко отграничены и слабо распространяются по периферии.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию.  3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную  диагностику?  4. Диагностика заболевания  5. Лечение заболевания. | 1.Лейкоплакия.  2. Лейкоплакия – это распространенная, иногда хроническое состояние слизистой оболочки полости рта. Диагностические варианты при этом находятся в диапазоне от доброкачественного гиперкератоза до плоскоклеточного рака.  3. С кандидозом, плоским лишаем, плоскоклеточным раком, волосатой лейкоплакией рта у ВИЧ - больных.  4. Клинический диагноз должен быть подтвержден биопсией.  5. Криохирургия, электроприжигание, топическое применение 5-фторурацила. Долгий последующий контроль(осмотр других участков слизистой оболочки, исследование регионарных лимфатических узлов). | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 128 | К дерматологу обратился больной 65 лет с жалобами на появление образования на тыле кисти. Считает себя больным в течение 3-х лет. Отмечал появление красного шелушащегося пятна на тыле правой кисти, которое со временем увеличилось в размерах, приобрело шероховатую поверхность. На тыле правой кисти бляшка красного цвета, диаметром до 5 см, покрытая плотно прилегающими, потрескавшимися чешуйками.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию  3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную  диагностику?  4. Диагностика заболевания.  5. Лечение | 1. Болезнь Боуэна.  2. Болезнь Боуэна – внутриэпидермальный (in situ) рак кожи, который развивается из кератиноцитов кожи и слизистых оболочек.Это поверхностный вариант плоскоклеточного рака.  3. С псориазом, поверхностным базально – клеточным раком, себорейным кератозом, экземой.  4. Клинический диагноз должен быть подтвержден биопсией.  5. Эксцизия, кюретаж, криохирургия, местный 5-фторурацил. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 129 | К дерматологу обратилась больная 20 лет с жалобами на появление высыпаний вокруг глаз. При осмотре вокруг век милиарные плотные папулы цвета кожи.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию.  3. Укажите типичную локализацию данного заболевания  4. Течение и прогноз заболевания  5. Лечение заболевания. | 1. Сирингома  2. Сирингомы – наиболее распространенные доброкачественные опухоли внутриэпидермальных экринных потовых желез.  3. Чаще всего папулы локализуются на нижних веках. Они также встречаются на верхней части щек, в подмышечной области, на передней части груди, животе, пупке и вульве.  4. Сирингомы персистируют неопределенно долго и остаются маленькими. Потенциал злокачественности у этих очагов отсутствует.  5. Сирингомы удаляют в косметических целях. Для этого можно использовать электроиссечение и кюретаж, лазерную хирургию. Криохирургия редко бывает эффективной. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 130 | К дерматологу обратилась больная 20 лет с жалобами на появление образования на шее. При осмотре на задней поверхности шеи плотный куполообразный узел бледно-желтого цвета размером 0,5 - 5см, подвижный, с точечным образованием на поверхности, напоминающим комедон.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию.  3. Где чаще всего локализуются очаги?  4. Что должно насторожить врача при диагностике подобных  множественных образований?  5. Течение и прогноз заболевания | 1. Эпидермальная киста  2. Эпидермальная киста представляет собой твердую подкожную, наполненную роговыми массами кисту, возникшую из эпидермиса, чаще всего из волосяного фолликула.  3. Очаги обычно одиночные. Чаще всего локализуются на туловище, складке за ушами, на задней поверхности шеи.  4. Множественные эпидермальные кисты на лице, волосистой части головы и спине должны вызвать подозрение на синдром Гарднера. Это редкое аутосомно – доминантное заболевание ассоциируется с полипозом кишечника и аденокарциномой кишечника.  5. Эпидермальные кисты медленно растут и персистируют неопределенно долго. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 131 | К дерматологу обратился больной 55 лет с жалобами на появление образования на ушной раковине, сопровождающееся резкой болезненностью.При осмотре на самом выступающем и латеральном участке правой ушной раковины твердая красная папула до 5 мм в диаметре с точкой ороговения в центре, которая напоминает кожный рог. Вокруг папулы кожа атрофична, присутствуют телеангиэктазии.  1. Поставьте диагноз.  2. В каком возрасте и у кого чаще встречается это заболевание?  3. Этиология заболевания.  4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную  диагностику?  5. Лечение заболевания. | 1. Узелковый хондродерматит ушной раковины.  2. Болеют лица старше 40 лет, мужчины болеют чаще, чем женщины.  3. Этиология заболевания не выяснена. Полагают, что заболевание вызвано очаговым некрозом кожи вследствие повторяющейся травмы.  4. С плоскоклеточным раком (большего размера, более некротический, менее болезненный), базально-клеточным раком (более четкие границы, перламутровый внешний вид).  5. Мероприятия по снижению давления на пораженную зону. Хирургическое иссечение пораженного хряща ушной раковины. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 132 | К дерматологу обратился подросток 12 лет с жалобами на образование на волосистой части головы. Очаг на голове существует с рождения. За последние 3 года увеличился в размере, стал беспокоить. При осмотре на волосистой части головы овальная бляшка желтого  цвета, диаметром до 3,0 см. Поверхность бляшки неровная, шероховатая,  волосы отсутствуют.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию.  3. Течение заболевания.  4. Какие опухоли могут развиваться в пределах этого образования?  5. Лечение заболевания. | 1. Невус сальных желез 2.Невус сальных желез - это характерный врожденный очаг на голове (обычно волосистой части), который состоит из кожи и компонентов ее придатков.  3. Почти все очаги заболевания присутствуют с рождения или появляются в раннем детстве. В возрасте полового созревания увеличиваются и подвергаются изменениям.  4. Доброкачественная апокринная опухоль (встречается в 20% очагов), базально – клеточный рак (в 7% очагов).  5. Рекомендуется полная эксцизия всего очага. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 133 | У девочки 10 лет около 1 года назад на нижней губе возник красный мягкий легко ранимый узел. Узел кровоточил даже при незначительно травматизации зубной щеткой и при еде. Узел был иссечен, но быстро вырос до прежних размеров. При обследовании. В центре нижней губы темно-красный мягкий узел диаметром 1см на толстой ножке, окруженный «воротничком» тслоенного эпидермиса. Лимфоузлы не увеличены.  1. Поставьте диагноз  2. Укажите типичную локализацию данного заболевания  3. Как часто встречается рецидивирующая форма заболевания с  вторичными очагами поражения?  4. Проведите дифференциальный диагноз данного дерматоза.  5. Лечение заболевания. | 1. Пиогенная гранулема (телеангиэктатическая гранулема) представляет собой доброкачественную опухоль, исходящую из капилляров.  2. Типичная локализация — лицо и пальцы рук, но возможна любая локализация. Пиогенная гранулема нередко возникает на слизистой оболочке рта, чаще всего на деснах. **3.**Рецидивирующая пиогенная гранулема с вторичными очагами оражения (так называемый синдром Warner и Wilson-Jones) встречается редко, чаще всего наблюдают у детей на туловище и в области лопатки. Синдром возникает после иссечения или травмирования пиогенной гранулемы  4. С беспигментной меланомой, ранними стадиями саркомы Калоши, ангиосаркомой, гемангиомой, избыточным ростом грануляционной ткани и старческой гемангиомой.  5. Лечение сводится к отсечению скальпелем верхней части опухоли и электрокоагуляции основания. Метод предполагает местную анестезию. Другие методы лечения включают криодеструкцию, лазерную терапию (применяют импульсный лазер на красителях). Иссечение с последующим наложением швов при этом заболевании не рекомендуют. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 134 | У женщины, которой сейчас 32 года, при рождении выявили плоскую коричневую бляшку на спине. В грудном возрасте в пределах очага поражения возникло множество темно-коричневых пятен. Недавно одно из таких мелких пятен стало темнеть и увеличиваться. Самочувствие больной хорошее. При обследовании. На коже спины четко отграниченное светло-коричневое пятно, в пределах которого множество темно-коричневых пятен и папул. Лимфоузлы не увеличены. Признаков гепатоспленомегалии нет.  1. Поставьте диагноз.  2. Типичная локализация заболевания.  3. Что выявляет биопсия при этом заболевании?  4. Какие методы лечения в настоящее время не применяются?  5. Какое лечение проводится? | 1. Пятнистый невус (синоним: nevus spilus**)** — относительно распространенное пигментное образование, которое выявляют примерно у 3% взрослых. Как правило, процесс локализуется на лице, туловище и проксимальных отделах конечностей.  2. Биопсия светло-коричневого пятна, на фоне которого развиваются множественные мелкие пятна, при пятнистом невусе выявляет признаки юношеского лентиго. Биопсия множественных мелких пятен при пятнистом невусе выявляет признаки пограничных невоклеточных невусов, реже — сложных или диспластических невоклеточных невусов.  3. При пятнистом невусе, учитывая возможность озлокачествления, показано наблюдение. Если пятнистый невус приводит к косметическому дефекту, ранее применяли лазерную терапию (рубиновый лазер) или криотерапию жидким азотом. В настоящее время эти методы противопоказаны.  4. При подозрении на меланому показана биопсия. Кроме того, при пятнистом невусе показано ограничение инсоляции. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 135 | У мальчика при рождении выявили крупное розовое пятно на лице. При обследовании. Основные физиологические показатели в норме. На лице красновато-розовое пятно, захватывающее левую щеку, левую половину носа, веки левого глаза и левую бровь. Граница пятна проходит по срединной линии и лишь в области носа заходит на правую часть лица. Офтальмологическое обследование: склеры и конъюнктива не изменены, глазное дно без патологии. Неврологическое обследование: без патологии. Дополнительные исследования. Рентгенография черепа: отсутствие очагов кальцификации головного мозга. Измерение внутриглазного давления: без патологии.  1. Поставьте диагноз.  2. К какой группе заболеваний относится данная патология?  3. Когда проявляется это заболевание?  4. В состав какого синдрома входит данный дерматоз?  5. Какая терапия показана? | 1. Пламенеющий невус (синоним: винное пятно).  2. Пламенеющий невус относят к порокам развития сосудов. Пролиферации эндотелиальных клеток нет.  3. Пламенеющий невус проявляется при рождении в виде розового пятна или бляшки. Заболевание обнаруживают у 0,3% новорожденных.  4. При локализации пламенеющего невуса в области иннервации первой ветви тройничного нерва надо исключать синдром Стерджа-Вебера (сочетание пламенеющего невуса в зоне иннервации тройничного нерва с пороками развития сосудов мягкой и паутинной мозговых оболочек.) У больных обнаруживают обызвествление коры головного мозга, эпилепсию, умственную отсталость, гемипарезы. У 33% больных выявляют патологию глаз, включая ангиомы сетчатки, конъюнктивы и радужки, отслоение сетчатки, нарушение зрения и глаукому.  5. При пламенеющем невусе показана лазерная терапия с использованием импульсного лазера на жидких красителях с длиной волны 585 нм. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 136 | У мальчика, которому сейчас 1 месяц, при рождении выявили крупную темнокоричневую бляшку на правом предплечье и кисти, и три подобные бляшки меньших размеров на роксимальных отделах той же руки. Беременность протекала нормально. Роды без осложнений. Общее состояние ребенка удовлетворительное. При обследовании. Основные физиологические показатели в норме. Неврологическое обследование без патологии. На коже от кончиков пальцев правой руки до середины предплечья, включая ладонь (по типу «перчатки») темно-коричневая бляшка. Три подобные круглые бляшки меньших размеров на проксимальных отделах той же руки. Лимфоузлы не увеличены.  1. Поставьте диагноз  2. Какие разновидности заболевания выделяют в зависимости от  размера образования?  3. Как часто для данного заболевания характерен риск развития  меланомы?  4. Сочетание каких патологий называют нейродермальным меланозом?  5. Принципы лечения заболевания | 1. Врожденный невоклеточный невус.  2. В зависимости от размера выделяют гигантский врожденный невоклеточный невус (диаметр более 20 см), заболеваемость составляет 1 на 20 000 новорожденных; средний врожденный невоклеточный невус (диаметр 2-20 см), заболеваемость составляет 0,6% новорожденных; и мелкий врожденный невоклеточный невус (диаметр менее 2 см), заболеваемость составляет 1% новорожденных.  3. Риск развития меланомы из гигантского врожденного невоклеточного невуса в течение жизни составляет 5-15%. Риск развития меланомы из мелкого врожденного невоклеточного невуса в течение жизни составляет 0,8-4,9%. Риск развития меланомы из гигантского врожденного невоклеточного невуса зависит от локализации невуса. Наиболее высокий риск меланомы ассоциируется с локализацией врожденного невоклеточного невуса на туловище.  4. Нейродермальным меланозомназывают сочетание гигантского врожденного невоклеточного невуса с поражением мягкой и паутинной мозговых оболочек. Нейродермальный меланоз чаще всего бывает при локализации гигантского врожденного невоклеточного невуса на голове, шее, спине и ягодицах.  5. Учитывая высокий риск меланомы, гигантские врожденные невоклеточные невусы следует удалять. При гигантском врожденном невоклеточном невусе, локализованном на голове, шее, спине и ягодицах, показана магнитно-резонансная томография для исключения нейродермальногомеланоза. Лечение последнего пока не разработано. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 137 | Девочка, которой сейчас 17 лет, родилась с желтоватой бляшкой на носу. В пубертатном периоде бляшка стала толще. Два месяца назад на периферии бляшки возникла гиперпигментированная папула, которая продолжала расти. На кончике носа желтоватая восковидная бляшка с неровной поверхностью размером 1,0x0,4 см. Лимфоузлы не увеличены. Признаков гепатоспленомегалии нет. Других патологических изменений не выявлено.  1. Поставьте диагноз.  2. К какой группе заболеваний относится данная патология?  3. Чем обусловлена необходимость лечения заболевания?  4. Методы лечения заболевания  5. Какие доброкачественные и злокачественные новообразования формируются на фоне данного дерматоза? | 1.Базальноклеточный рак кожи, возникший на фоне невуса сальных желез.  2. Невус сальных желез — это порок развития кожи, который обычно выявляют при рождении.  3. Необходимость лечения невуса сальных желез обусловлена двумя основными причинами: (1) по косметическим соображениям, (2) из-за высокого риска доброкачественных и злокачественных новообразований. Злокачественные новообразования с агрессивным течением возникают редко (у 1% лиц с невусом сальных желез). При этом они никогда не возникают до пубертатного периода.  4. Иссечение невуса сальных желез позволяет предотвратить развитие новообразований. Иссечение невуса сальных желез можно отсрочить до пубертатного периода.  5. Наиболее распространенными новообразованиями у лиц с невусом сальных желез являются сосочковая сирингоцистаденома, узловатоя гидраденома, апокриновая цистаденома, кератоакантома, сирингома, трихолеммома, волосяная киста, плоскоклеточный рак и рак потовых желез. Сочетание невуса сальных желез с поражением ЦНС (чаще всего умственная отсталость и эпилептические припадки) называют синдромом невуса сальных желез. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 138 | На прием к дерматовенерологу обратилась больная 46 лет с жалобами на появление множественных «бородавок» на спине и груди. Количество очагов со временем постепенно увеличивалось. Процесс носит диссеминированный характер, локализуясь на коже спины, груди и живота. Высыпания представлены четко ограниченными темно коричневыми кератотическими папулами овальной формы. Поверхность папул неровная, легко крошится. Большинство очагов кажутся «налепленными» на поверхность кожи.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию.  3. Течение и прогноз заболевания.  4. Какие опухоли могут напоминать данные образования?  5. Лечение заболевания. | 1. Себорейный кератоз.  2. Себорейный кератоз - это одно из наиболее распространенных доброкачественных эпидермальных образований с различными клиническими признаками.  3. Без лечения себорейный кератоз персистирует и медленно растет. Некоторые очаги исчезают при травме.  4. Мягкие бородавки, пигментированный актинический кератоз, меланому, меланоцитарные невусы.  5. Удаление не показано, если очаги не воспалены и симптомы отсутствуют. В косметических целях часто требуется удаление очагов. Очаги в зонах трения и травм раздражаются и тогда тоже подлежат удалению. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 139 | К дерматологу обратилась больная 32-х лет с жалобами на появление на коже шеи нитевидных образований.  На коже передней поверхности шеи единичные нитевидные образования цвета кожи, мягкие на ощупь, размерами 2-5мм.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию.  3. Течение и прогноз заболевания.  4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную  диагностику?  5. Лечение заболевания. | 1. Мягкие фибромы.  2. Мягкие фибромы - часто встречающиеся доброкачественные полипы, возникающие в кожных складках.  3. Если очаги не беспокоить, они персистируют неопределенно долго.  4. С бородавками, невусами, себорейным кератозом.  5. Бессимптомные очаги не требуют лечения. По косметическим причинам или при раздражении очагов показано удаление путем эксцизии ножницами, можно также применять прижигание или криохирургию. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 140 | К косметологу обратилась больная 40 лет с жалобами на появление узла на коже голени. При осмотре на передней поверхности правой голени плотный розовый внутрикожный узел диаметром 5-7мм. Поверхность узла гладкая. При сжатии узла между двух пальцев в очаге образуется углубление.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию.  3. Течение и прогноз заболевания.  4. С каким злокачественным заболеванием необходимо провести  дифференциальную диагностику?  5. Лечение заболевания. | 1. Дерматофиброма.  2. Дерматофиброма – доброкачественное новообразование. Как правило, представляет собой безболезненный внутрикожный очаг.  3. Дерматофибромы достигают максимального размера в течение месяцев и лет, а затем персистируют неопределенно долго. Спонтанная инволюция происходит редко.  4. С дерматофибросаркомой. Эта злокачественная опухоль обычно возникает на туловище и представляет собой медленно растущую, часто рецидивирующую красно-лиловую папулу или бляшку с нечеткой границей.  5. Не следует лечить, пока этого не потребуют симптомы, многократная травма или косметические проблемы. Методом выбора является хирургическая эксцизия с первичным закрытием раны. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 141 | К дерматологу обратилась больная 65 лет с жалобами на появление «опухоли» на коже правой щеки.  Больной себя считает в течение месяца, когда появился небольшой узелок на щеке, который быстро рос, в течение месяца превратился в «опухоль» и покрылся коркой. Самостоятельно не лечилась. На коже правой щеки куполообразный узел тускло красного цвета, размером с лесной орех. В центре узла корка, при пальпации отмечается болезненность.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию.  3. Течение и прогноз заболевания.  4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную  диагностику?  5. Лечение заболевания. | 1. Кератоакантома.  2. Кератоакантома – быстрорастущий кратерообразный узел с характерными клиническими признаками.  3. Без лечения кератоакантомы могут спонтанно разрушаться или прогрессировать в инвазивный плоскоклеточный рак. Большинство врачей придерживается мнения, что кератоакантому следует лечить как плоскоклеточный рак.  4. С плоскоклеточным раком, бородавками, гигантским контагиозным моллюском.  5. Полная эксцизия с граничащими участками, электроиссечение и кюретаж. Метотрексат внутрь очагов и топическое применение 5-фторурацила. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 142 | К дерматологу обратился больной 65 лет с жалобами на появление эрозии на ушной раковине.  Считает себя больным в течение 6 лет, когда на правой ушной раковине появилось гладкое утолщение. Это утолщение медленно росло, больного не беспокоило, пока не появилось изъязвление. Процесс носит ограниченный характер, локализуясь на правой ушной раковине. В области завитка ушной раковины массивное гладкое утолщение, на поверхности которого язва, покрытая геморрагической коркой.  1. Поставьте предварительный диагноз.  2. Дайте определение заболеванию.  3. Лабораторная диагностика заболевания.  4. Лечение заболевания.  5. Что должен включать контроль за больным?5. Какие осложнения могут быть при данной патологии | 1. Плоскоклеточный рак.  2. Плоскоклеточный рак – инвазивный первичный рак кожи, который возникает из кератиноцитов кожи и слизистых оболочек.  3. Во всех случаях проводится биопсия, которая должна быть глубокой, чтобы можно было оценить глубину инвазии.  4. Обширная локальная эксцизия с гистологическим подтверждением границ очага. Лучевая терапия рекомендуется, если хирургическая резекция невыполнима.  5. Осмотр кожи и биопсию новых очагов с подозрением на злокачественность. Визуальный осмотр и пальпацию рубца после эксцизии на наличие узлов и других свидетельств рецидива. Тщательный осмотр регионарного лимфатического узла, если необходимо – с проведением биопсии, для определения ранних метастазов. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 143 | К дерматовенерологу обратилась больная 73-х лет с жалобами на появление красного пятна на молочной железе. Процесс носит ограниченный характер, локализуясь в области соска левой молочной железы. Очаг представляет собой неправильной формы бляшку размером 5,0х3,0см, красного цвета с четкими границами. В молочной железе пальпируется объемное образование.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию  3. Какие исследования необходимо назначить больной?  4. Прогноз заболевания.  5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную  диагностику? | 1.Рак Педжета соска молочной железы.  2.Рак Педжета соска молочной железы – это редкое характерное кожное проявление внутрипротоковой карциномы груди. Самое частое кожное проявление рака молочной железы.  3. Исследование молочной железы и лимфатических узлов, глубокая биопсия, маммография, консультация онколога.  4. Прогноз зависит от стадии рака молочной железы и от проводящегося лечения. 5 летний срок выживаемости превышает 90%, если не пальпируются объемная масса и регионарные лимфатические узлы. 5 летний срок выживания составляет примерно 40%, если пальпируется подлежащая объемная масса.  5. С экземой сосков, с болезнью Боуэна, с поверхностным базально-клеточным раком, с дерматофитией и кандидозом. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 144 | К дерматологу обратилась больная 45 лет с жалобами на изменение цвета и кровоточивость «родинки» на груди. При осмотре на коже груди очаг поражения диаметром до 1,0см, темно синего цвета, покрытый геморрагической коркой.  1. Поставьте диагноз  2. Дайте определение заболеванию.  3. Назначьте обследование больной.  4. Течение и прогноз заболевания. | 1. Злокачественная меланома (поверхностно-распространяющаяся).  2. Меланома – злокачественное заболевание меланоцитов, чаще всего возникающее в коже.  3. Биопсия очага и близлежащего лимфатического узла.  4. Чем тоньше меланома, тем лучше прогноз. Локализованное заболевание имеет лучший прогноз. Меланома на волосистой части головы имеет худший прогноз, чем меланома в другом месте головы или шеи. При поздно поставленном диагнозе прогноз плохой. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 145 | У мужчины 75 лет умеренно зудящая бляшка на ягодице, которая появилась 10 лет назад. Бляшка имеет дугообразную форму и напоминает букву «С», что обусловлено сочетанием периферического роста с центральным разрешением. Из сопутствуюших заболеваний - артериальная гипертония, инсулинонезависимый сахарный диабет. На коже левой ягодицы большая шелушащаяся бляшка красно-коричневого цвета, кольцевидной формы. В центре бляшки разрешение. Лимфоузлы не увеличены. Гепатоспленомегалии нет.  1. Поставьте предварительный диагноз.  2. Дайте определение заболеванию.  3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную  диагностику?  4. Особенности течения заболевания.  5. Принципы терапии данного заболевания. | 1. Грибовидный микоз, инфильтративно-бляшечная стадия.  2. Грибовидный микоз входит в состав Т-клеточной лимфомы кожи, которая представляет собой гетерогенную группу лимфопролиферативных заболеваний. Т-клеточная лимфома кожи отличается от других злокачественных новообразований тем, что первичный очаг находится в коже, а злокачественный клон Т-лимфоцитов обладает эпидермотропизмом.  3. С болезнью Worin-ger-Kolopp, болезнью Боуэна, отрубевидным лишаем, контактным дерматитом.  4. Характерен периферический рост опухоли. Возможно и гематогенное распространение опухоли. Иммунная система может продолжительное время (10 и более лет) сдерживать рост опухоли.  5. Кортикостероиды для местного применения, инъекции кортикостероидов в очаг поражения, местное лечение хлорметином или кармустином, PUVA-тералию, УФ-В, интерферон, фотофорез, облучение электронным пучком, ретиноиды и химиотерапию. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 146 | У мальчика 10 лет при осмотре на коже живота слева расположено гипопигментное пятно диаметром 9см, на его фоне красные папулы и узлы диаметром 2-10 мм. Других патологических изменений не выявлено. Лимфоузлы не увеличены. Гепатоспленомегалии нет. Общий анализ крови с микроскопией мазка лейкоконцентрата, биохимический анализ крови, обзорная рентгенография грудной клетки, компьютерная томография органов  брюшной полости без патологии.  1. Поставьте предварительный диагноз.  2. Характерно ли данное заболевание для детей?  3. Проведите дифференциальную диагностику  4. Методы лечения  5. Какой прогноз в данном случае? | 1. Т-клеточная лимфома кожи.  2. Т-клеточная лимфома кожи представляет собой злокачественную опухоль из Т-лимфоцитов с первичным очагом в коже. В дальнейшем в патологический процесс вовлекаются лимфоузлы, костный мозг и внутренние органы. 75% случаев заболевания приходится на больных старше 50 лет.  3. С другими злокачественными новообразованиями кожи, псориазом, красным плоским лишаем, парапсориазом Габерманна-Мухи, лимфоматоидным папулезом.  4. Лечение детей с Т-клеточной лимфомой кожи обычно консервативное, оно включает кортикостероиды для местного применения. При более поздних стадиях показана химиотерапия.  5. Прогноз при Т-клеточной лимфоме кожи у детей не хуже, чем у взрослых. Больному показано наблюдение. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 147 | У мальчика 11 лет на коже лица и конечностей беспорядочно расположенные красные папулы и узлы. Диаметр элементов 3-12 мм, центр многих элементов некротизирован или изъязвлен. Ладони, подошвы и слизистые свободны от высыпаний. Лимфоузлы не увеличены. Признаков гепатоспленомегалии нет. Высыпания самостоятельно разрешаются. Общий анализ крови с микроскопией мазка лейкоконцентрата, биохимический анализ крови и обзорная рентгенография грудной клетки — без патологии.  1. Поставьте предварительный диагноз.  2. Дайте определение заболеванию.  3. Какие особенности течения данного заболевания отмечаются у  детей?  4. Какие исследования необходимо провести?  5. Какой прогноз в данном случае? | 1. Лимфоматоидный папулез.  2. Лимфоматоидный папулез — это хроническое лимфопролиферативное заболевание. Для него характерно сочетание доброкачественного течения с гистологическими признаками злокачественного новообразования. Лимфома у лиц с лимфоматоидным папулезом может быть представлена грибовидным микозом, лимфогранулематозом (болезнью Ходжкина) и анапластической Т-крупноклеточной лимфомой.  3. Во-первых, вслед за внезапным началом заболевания может последовать уменьшение количества элементов вплоть до полного разрешения высыпаний. Во-вторых, лимфоматоидный папулез у детей многие годы может проявляться локализованными высыпаниями. В-третьих, у детей редко наблюдают большое количество (сотни) элементов  4. Обследование ребенка с лимфоматоидным папулезом включает тщательное физикальное исследование, общий анализ крови, биохимический анализ крови и обзорную рентгенографию грудной клетки. Другие исследования, включая компьютерную томографию, биопсию костного мозга и анализ изменений генов с помощью гибридизации ДНК на твердой подложке показаны при подозрении на лимфому (атипичные высыпания, увеличение лимфоузлов, появление атипичных лимфоцитов в крови).  5. Прогноз при лимфоме благоприятный, если поражена только кожа. Риск лимфомы с поражением лимфоузлов и внутренних органов у больных лимфоматоидным папулезом не превышает 5%. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 148 | У девочки 10 лет около 1 года назад на нижней губе возник красный мягкий легко ранимый узел. Узел кровоточил даже при незначительно травматизации зубной щеткой и при еде. Узел был иссечен, но быстро вырос до прежних размеров. В центре нижней губы темно-красный мягкий узел диаметром 1см на толстой ножке, окруженный «воротничком» отслоенного эпидермиса. Лимфоузлы не увеличены. Дополнительные исследования не проводились.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию.  3. Что означает рецидивирующая форма заболевания с вторичными  очагами поражения?  4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный  диагноз?  5. Лечение заболевания. | 1. Пиогенная гранулема.  2. Пиогенная гранулема (телеангиэктатическая гранулема) представляет собой доброкачественную опухоль, исходящую из капилляров. Типичная локализация — лицо и пальцы рук, но возможна любая локализация. Пиогенная гранулема легко кровоточит даже после незначительной травмы.  3. Рецидивирующая пиогенная гранулема с вторичными очагами поражения (так называемый синдром Warner и Wilson-Jones) встречается редко. Синдром возникает после иссечения или травмирования пиогенной гранулемы.  4. С беспигментной меланомой, ранними стадиями саркомы Калоши, ангиосаркомой, гемангиомой, избыточным ростом грануляционной ткани и старческой гемангиомой.  5. Лечение сводится к отсечению скальпелем верхней части опухоли и электрокоагуляции основания. Метод предполагает местную анестезию. Другие методы лечения включают криодеструкцию, лазерную терапию (применяют импульсный лазер на красителях). Иссечение с последующим наложением швов при этом заболевании не рекомендуют. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 149 | У больного 30 лет кожа головы избыточно жирная, блестящая. Треугольная лобно-височная рецессия. Очаговая потеря волос на темени. Густота волос на остальных участках резко уменьшена, волосы тонкие, жирные. Подобное облысение отмечает у отца.  1. Поставьте диагноз  2. Перечислите симптомы заболевания.  3. Дайте определение заболеванию.  4. В какой возрастной период это заболевание может начаться?  5. Какие современные препараты применяются для местного лечения заболевания? | 1. Андрогенетическая алопеция (облысение по мужскому типу).  2. Возрастное облысение, андрогензависимая алопеция, облысение по мужскому типу, себорейная алопеция.  **3.** Андрогенетическая алопеция-мультифакторное заболевание, при котором генетические факторы предопределяют особую чувствительность к андрогенам, и вероятно, к некоторым воспалительным воздействиям.  **4.** Заболевание может начаться в любое время после периода полового созревания и обычно бывает полностью выраженным между 4-м и 5-м десятилетиями жизни.  5. Миноксидил («Регейн») 2% или 5% раствор (2 раза в день по 1,0 мл с помощью специального аппликатора, эта доза должна использоваться независимо от размера поражений). Один флакон препарата (60,0мл) рассчитан на применение в течение 30 дней. Для сохранения эффекта лечения необходимо применять в течение всей жизни. Финастерид («Пропеция») 1 мг ежедневно per os постоянными периодическими курсами. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 150 | Выраженное диффузное поредение волос. В лобно-височных областях по средней фронтальной линии облысение. Кожа головы жирная, блестящая. Избыточная жирность волос. Превалируют тонкие светлые пушковые волосы.  1. О каком заболевании идет речь?  2. Диагностика заболевания.  3. Этиология и патогенез заболевания  4. Перечислите побочные эффекты препарата миноксидил.  5. Эффект современных методик лечения данного заболевания. | 1. Андрогенетическая алопеция (облысение по мужскому типу).   **2.** Данные клинического осмотра, трихограммы (увеличение доли телогеновых волос), гормональный скрининг (уровни глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ) и инсулиноподобного фактора роста 1 (ИФР-1).  **3.** Андрогенетическая алопеция-мультифакторное заболевание, при котором генетические факторы предопределяют особую чувствительность к андрогенам. Воспалительный инфильтрат, богатый Т – лимфоцитами - клетками памяти и дермальными дендритами, воздействует на регуляцию цикла роста волос.  4. Контактный аллергический дерматит, реактивация себорейного дерматита гипертрихоз в области висков и щек, головные боли и головокружения.  5.Современные методики лечение потери волос дают ограниченный эффект. Важно с самого начала лечения настроит больного на разумное ожидание результатов. Возобновление роста очень тонких волос имеет ограниченную косметическую ценность. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 151 | У больной 36 лет диффузное поредение волос, на центральном участке темени оно более выраженное. Кожа головы ясно видимая. Диаметр волос различен. Многие волоски тонкие и короткие. Вдоль передней границы роста волосы остаются нормальными. Состоит на учете у гинеколога по поводу поликистоза яичников бесплодия.  1. Поставьте диагноз  2. Назначьте обследование больной.  3. Этиология и патогенез заболевания  4. Перечислите побочные эффекты препарата миноксидил.  5. Эффект современных методик лечения данного заболевания. | 1. Андрогенетическая алопеция у женщин.  **2.** Трихограмма, оценка гормонального статуса (уровень дегидроэпиандростерона сульфата, общего и свободного тестостерона и пролактина, уровень тиреостимулирующего гормона). Определение уровня железа в сыворотке крови, уровень ферритина  Консультации гинеколога, эндокринолога.  **3.** Дегидротестостерон (ДГТ) является основным андрогеном, влияющим на рост и размер волос. Он синтезируется локально в результате активности двух изоферментов 5а – редуктазы типов I и II. Воспаление развивается в том месте, где как полагают, расположены фолликулярные стволовые клетки. Воспалительный инфильтрат, богатый Т – лимфоцитами - клетками памяти и дермальными дендритами, воздействует на регуляцию цикла роста волос.  4. Контактный аллергический дерматит, реактивация себорейного дерматита гипертрихоз в области висков и щек, головные боли и головокружения.  5. Современные методики лечение потери волос дают ограниченный эффект. Важно с самого начала лечения настроит больного на разумное ожидание результатов. Возобновление роста очень тонких волос имеет ограниченную косметическую ценность. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 152 | Больная 42-х лет после нервного стресса (потеря близкого человека) отмечает диффузное поредение волос на голове. Ширина пробора неодинакова в затылочной части и темени. Выраженное поредение волос на обоих висках. При легком подергивании за прядку волос, волосы легко извлекаются. Кожа на голове неизменена. В течение последнего года никаких лекарственных препаратов больная не принимала.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию.  3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную  диагностику?  4. Течение и прогноз заболевания.  5. Дайте рекомендации больной. | 1. Телогеновое выпадение волос  **2.** Телогеновое выпадение волос – это диффузная потеря волос при отсутствии рубцевания и воспаления, которое типично начинается внезапно и случается через 3 – 5 месяцев после системного стресса, а иногда как реакция на прием лекарственных препаратов.  **3.** Андрогенетическая алопеция, диффузная форма гнездной алопеции, синдром свободных анагеновых волос (при тесте на выдергивание обнаруживают несколько анагеновых волос).  **4.** Потеря волос никогда не бывает тотальной. Возобновление роста волос происходит у 95% больных спустя 12 месяцев.  **5.**  Уверить больного, что такая форма выпадения волос является отличным прогнозом для полного возобновления их роста. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 153 | К дерматологу обратилась больная 26 лет с жалобами на выпадение волос на голове и появление двух очагов облысения.  При осмотре: в теменной и затылочной областях два очага облысения овальной формы, размером с десятирублевую монету. Кожа в очагах не изменена. При потягивании волос вокруг очагов облысения, они легко выдергиваются, напоминают по форме восклицательные знаки.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию  3. С какими заболеваниями может ассоциироваться данный процесс?  4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания  5. Перечислите излишние и устаревшие терапевтические мероприятия  в лечении данной категории больных (по данным доказательной  медицины). | 1. Гнездная алопеция. 2. Гнездная алопеция это потеря волос без образования рубцов на четко ограниченном, обычно круглом или овальном, участке с типично быстрым началом. 3. С заболеванием щитовидной железы, злокачественной анемией, аддисоновой болезнью, витилиго, красной волчанкой, язвенным колитом, сахарным диабетом и синдромом Дауна. 4. Трихотилломания, микоз волосистой части головы, сифилис, телогеновое выпадение волос, андрогенетическая алопеция. 5. Излишние системные мероприятия:   Применение дапсона, желатина, иммуноглобулинов, изопринозина, витаминов, цинка и других микроэлементов.  Излишние местные мероприятия:  ароматерапия, лосьоны косметические, такролимус, топические кортикостероиды.  Устаревшие терапевтические мероприятия:  кортикостероиды внутрь, циклоспорин А, дапсон. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 154 | К дерматологу обратилась мать с ребенком 10 лет с жалобами на появление у ребенка поредения волос на голове. Мать заметила, что ребенок периодически накручивает волосы на палец и подергивает их, пока они не вырвутся. При обследовании в лобно – теменной области волосистой части головы имеется участок потери волос с неровной границей угловатой формы, сильное поредение волос, в пределах пораженного участка расположены короткие обломанные волоски различной длины.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию  3. С чем ассоциируется это заболевание?  4. Течение заболевания.  5. Рекомендации больному и родителям. | 1. Трихотилломания 2. Трихотилломания – это хроническое выдергивание собственных волос, которое приводит к их обширному выпадению. Трихотилломания является типом привычки, который чаще наблюдается у маленьких детей, но также может быть у подростков и взрослых. 3. Трихотилломания часто ассоциируется с состоянием депрессии, тревожности и низкой самооценки. 4. Этот тик привычки может стать хронической проблемой, но может и спонтанно разрешиться. 5. Обращение к психиатру, психотерапия (устранение привычки) 6. Родители должны демонстрировать понимание и поддержку, а не занимать позицию осуждения и наказания. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 155 | У мальчика 6 на волосистой части головы 5 круглых очагов облысения диаметром до 2-3см. Кожа в очагах поражения гладкая, без шелушения и рубцов. По краям очагов облысения расположены короткие, обломанные волосы. По периферии некоторых очагов можно обнаружить умеренную эритему. Ногти не изменены. Других патологических изменений не выявлено. Посев волос на среды для грибов отрицательный. Микроскопия волос, расположенных по краям очагов, выявляет колбовидное расширение луковиц (симптом «восклицательного знака»).  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию.  3. С какими заболеваниями ассоциируется данная патология?  4. Какое обследование необходимо назначить больному?  5. Течение заболевания. | 1. Гнездная алопеция. 2. Гнездная алопеция - это аутоиммунное заболевание, которое характеризуется внезапным появлением круглых или овальных очагов облысения с четкими границами. Степень поражения может быть различной: от небольших единичных очагов облысения до полного выпадения волос на голове (тотальная алопеция) или даже на всем теле (универсальная алопеция). 3. Гнездная алопеция часто ассоциируется с аутоиммунными и эндокринными заболеваниями, такими как витилиго, заболевания щитовидной железы, сахарный диабет, В-дефицитная анемия, язвенный колит, первичная надпочечниковая недостаточность (болезнь Аддисона), красная волчанка, трисомия по 21-ой хромосоме. 4. Сбор анамнеза и физикальное исследование, общий анализ крови, определение уровня глюкозы крови, исследование функции щитовидной железы. 5. Течение гнездной алопеции характеризуется спонтанными ремиссиями и обострениями. При длительном течении гнездной алопеции, при сочетании гнездной алопеции с атопическим дерматитом, при краевой алопеции (офиаз) прогноз менее благоприятный. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 156 | Женщина 34-х лет жалуется на интенсивное выпадение волос в течениемесяца. В анамнезе нарушение менструального цикла, по поводу чего в течение 3-х лет получала гормональные препараты (антиандрогены). У больной в теменной области значительное поредение волос. Больной было указано на связь алопеции с прекращением приема препарата. После консультации женщина возобновила прием гормонов. В течение 3-х месяцев выпадение волос приостановилось. Однако, после повторного прекращения приема препаратов выпадение приобрело выраженный характер и вызвало развитие тотального облысения.  1. Поставьте диагноз  2. Назначьте обследование больной.  3. Этиология и патогенез заболевания  4. Перечислите побочные эффекты препарата миноксидил.  5. Эффект современных методик лечения данного заболевания. | 1. Андрогенетическая алопеция у женщин. 2. Трихограмма, оценка гормонального статуса, определение уровня железа в сыворотке крови, уровень ферритина, консультации гинеколога, эндокринолога 3. Дегидротестостерон (ДГТ) является основным андрогеном, влияющим на рост и размер волос. Он синтезируется локально в результате активности двух изоферментов 5а – редуктазы типов I и II. Воспаление развивается в том месте, где как полагают, расположены фолликулярные стволовые клетки. Воспалительный инфильтрат, богатый Т – лимфоцитами - клетками памяти и дермальными дендритами, воздействует на регуляцию цикла роста волос. 4. Контактный аллергический дерматит, реактивация себорейного дерматита гипертрихоз в области висков и щек, головные боли и головокружения. 5. Современные методики лечение потери волос дают ограниченный эффект. Важно с самого начала лечения настроит больного на разумное ожидание результатов. Возобновление роста очень тонких волос имеет ограниченную косметическую ценность. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 157 | У мальчика 7 лет в течение последнего года происходило постепенное изменение ногтей рук и ног в виде шероховатости, продольной исчерченности. Других жалоб не было. При осмотре истончение ногтевых пластинок рук и ног, онихорексис, шероховатость, множественные точечные углубления, белая окраска ногтей. Других патологических изменений не выявлено. Посев участка пораженного ногтя на среды для грибов не выявил роста.  1. О каком заболевании идет речь?  2. Дайте определение заболеванию.  3. При каких хронических дерматозах эта патология наблюдается?  4. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?  5. Какое лечение необходимо назначить? | 1. Дистрофия всех ногтей рук и ног.  **2.** Заболевание характеризуется последовательным изменением ногтевых пластинок — продольной исчерченностью, онихорексисом (продольное расщепление ногтей), истончением ногтевой пластинки, шероховатой поверхностью ногтевых пластинок.  **3.** У лиц с дистрофией всех ногтей рук и ног следует исключать красный плоский лишай (обычно сопровождается высыпаниями на коже и слизистой рта), псориаз (обычно сопровождается высыпаниями на коже, но иногда проявляется только изменением ногтей), хроническую экзему (обычно сопровождается высыпаниями на коже), дерматофитии (характерен положительный посев на среды для грибов), гнездную алопецию и врожденный дискератоз.  **4.** Биопсия небольшого участка ногтевого ложа или матрикса позволяет уточнить заболевание, лежащее в основе дистрофии ногтей рук и ног.  **5.** Средства, укрепляющие ногти, уменьшают онихорексис и шероховатость поверхности ногтевых пластинок. При поражении ногтей, обусловленном красным плоским лишаем, иногда применяют кортикостероиды для системного применения и ретиноиды внутрь. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 158 | Мужчина 35 лет в течение одной недели заметил выпадение волос на голове. Выпадение волос ни с чем не связывает. Сопутствующих заболеваний не имеет. Злоупотребляет алкоголем. Ведет беспорядочную половую жизнь. На голове выраженное диффузное поредение волос, поредение бровей, «ступенчатые» ресницы. На коже туловища, преимущественно на животе и груди, единичные лентикулярные папулы медно-красного цвета с тенденцией к группировке. Единичные лентикулярные папулы на ладонях и подошвах. Вокруг ануса и в паховых складках эрозированные папулы.  1. Поставьте диагноз больному.  2. Этиология и патогенез заболевания.  3. Перечислите пути заражения данным заболеванием.  4. Какие исследования необходимо провести для подтверждения  диагноза?  5. Индивидуальная профилактика заболевания. | 1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек. 2. Сифилис – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой. Источником заражения является больной сифилисом. Инфекция передается половым, бытовым, гемотрансфузионным, трансплацентарным и профессиональным путями. В области «входных» ворот возникает эрозивный или язвенный дефект кожи с плотным инфильтратом у основания – твердый шанкр.   Для заболевания характерно хроническое течение с периодизацией. Выделяют первичный, вторичный и третичный периоды сифилиса.   1. Половой, бытовой, гемотрансфузионный, трансплацентарный, профессиональный. 2. Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом эрозированных папул при микроскопии в темном поле.   РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР. Обязательное обследование половых партнеров. Назначение им превентивного или специфического лечения.   1. Индивидуальная профилактика заболевания обеспечивается использованием барьерных методов контрацепции (презервативов), индивидуальных профилактических средств, к которым относятся хлоргексидин биглюконат (гибитан), цидипол, мирамистин. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 159 | Больная 17 лет жалуется на повышенную жирность кожи лица, жирность волос. Заболевание отмечает в течение 6-8 месяцев.Кожа в области лица повышенной жирности,эритематозная, покрыта жирными чешуйками. При надавливании на кожу в области носощечных складок выделяется полупрозрачная маслянистая жидкость. В области волосистой части головы длинные волосы местами слипшиеся с жирным блеском. Кожа волосистой части головы эритематозная, покрыта чешуе-корочками.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания.  3. Характер течения заболевания.  4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный  дерматоз?  5. Методы лечения заболевания. | 1. Жирная себорея. Себорейный дерматит.   **2.** Причиной заболевания являются липофильные дрожжевые грибы Malassezia. В патогенезе имеют значение повышенная секреция кожного сала и изменение его качественного состава; гормональные, иммунные и нейроэндокринные нарушения.  3. Заболевание имеет хронический характер с ремиссиями и обострениями.  4. Грибковая инфекция, красная волчанка, розацеа, псориаз, листовидная пузырчатка.  5. Себорейный дерматит лица легкой и умеренной степени хорошо реагирует на наружные противогрибковые средства (кремы, гели). Также эффективно ежедневное мытье лица шампунем против перхоти («Микозорал», «Низорал») или мылами, содержащими пиритион цинка. Слабое и умеренное поражение волосистой части головы лучше всего лечить частым и обильным мытьем с применением шампуней против перхоти. В тяжелых случаях проводится системная противогрибковая терапия (кетоконазол, итраконазол). | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 160 | Больной 23-х лет обратился к дерматологу с жалобами на шелушение в области волосистой части головы, сопровождающееся незначительным зудом кожи. На коже волосистой части головы диффузное мелкопластинчатое шелушение, чешуйки серовато-белого цвета. Волосы сухие, ломкие.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология и ключевые звенья патогенеза заболевания.  3. Характер течения заболевания.  4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный  дерматоз?  5. Методы лечения заболевания. | * + 1. Сухая себорея. Себорейный дерматит.     2. Причиной заболевания являются липофильные дрожжевые грибы Malassezia. В патогенезе имеют значение пониженная секреция кожного сала и изменение его качественного состава; гормональные, иммунные и нейроэндокринные нарушения.     3. Заболевание имеет хронический характер с ремиссиями и обострениями.   4. Грибковая инфекция, красная волчанка, розацеа,  псориаз, листовидная пузырчатка.  **5.** Слабое и умеренное поражение волосистой части головы лучше всего лечить частым и обильным мытьем с применением шампуней против перхоти («Микозорал», «Низорал»). В тяжелых случаях проводится системная противогрибковая терапия (кетоконазол, итраконазол). | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 161 | На прием к дерматологу обратилась больная 15 лет с жалобами на высыпания на коже лица. Считает себя больной в течение месяца, когда впервые на коже в области лба появились высыпания, которые постепенно распространялись на щеки. Из сопутствующих заболеваний - хронический энтероколит. Процесс локализуется на коже лица в области лба и щек. Высыпания представлены лентикулярными округлыми папулами цвета нормальной кожи с черными фолликулярными точками в центре.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию.  3. Какие лабораторные исследования проводятся при этом заболевании?  4. Какие факторы оказывают отягощающее влияние на течение болезни?  5. Что необходимо учитывать при назначении лечения больной? | * 1. Угревая болезнь   2. Угревая болезнь (акне) – заболевание сальных желез и волосяных фолликулов, сопровождающееся фолликулярной кератинизацией, закупоркой протоков избыточно функционирующих сальных желез, перифокальным воспалением.   3. Показаны женщинам со стойким акне при наличии гиперандрогенизации (волосы на лице, гипертрофия мышц, нерегулярные менструации).   Проводятся тесты на уровень тестостерона, фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона и дегидроэпиандростерона сульфата. Тесты на бактериальные и грибковые культуры проводятся для исключения инфекционного фолликулита. Исследования на наличие P. Acne и выявление резистентности к антибиотикам.   * 1. Очаги фокальной инфекции, эндокринопатии, заболевания ЖКТ.   2. Глубина залегания элементов. Формирование ретенционных кист. Наличие воспаления и его выраженность. Массивность инфильтрата. Наличие или отсутствие пустулизации.   Особенности рубцевания.  Наличие гиперергического компонента воспаления. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 162 | У больного 22-х лет на коже спины высыпания на спине и груди появились примерно год тому назад. Лечился самостоятельно, использовал для протирания кожи различные спиртовые растворы (салициловый, борный спирт) без заметного эффекта.  На коже спины, преимущественно в межлопаточной области, и на коже груди множество открытых и закрытых комедонов, полушаровидные папулы величиной с горошину, множественные папуло-пустулы.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология и патогенез заболевания.  3. Перечислите клинические разновидности заболевания.  4. Проведите дифференциальный диагноз данного заболевания с  другими дерматозами.  5. Что необходимо учитывать при назначении лечения больному? | 1. Угревая болезнь  2. Расстройства гормональной регуляции. Изменения химического состава кожного сала. Увеличение его плотности и снижение бактерицидных свойств. Колонизация протоков сальных желез Propionibacterium acne, золотистым стафилококком, которые выделяют фермент липазу, разлагающую триглицериды кожного сала до свободных жирных кислот, способствующих перигландулярному и перифолликулярному воспалению.  **3.** Невоспаленные очаги:  микрокомедоны, белые угри, черные угри, макрокомедоны,  воспаленные очаги: папулы,  поверхностные пустулы,  глубокие воспалительные очаги (индуративные, сливные, флегмонозные, конглобатные угри).  4. Грамотрицательный фолликулит. Розацеа. Медикаментозное акне. Экскориированное акне. Фолликулярный кератоз.  **5.** Глубина залегания элементов.  Формирование ретенционных кист.  Наличие воспаления и его выраженность.  Массивность инфильтрата.  Наличие или отсутствие пустулизации.  Особенности рубцевания.  Наличие гиперергического компонента воспаления. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 163 | Больную 22-х лет в течение 6 лет беспокоят высыпания на лице. На коже лица в области щек и лба высыпания в виде открытых и закрытых комедонов, полушаровидных розовых папул, множественных папуло-пустул до 0,5см в диаметре.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию.  3. Перечислите клинические разновидности заболевания.  4. Основные критерии для перорального назначения Роаккутана  5. Побочные реакции во время лечения Роаккутаном и их  профилактика. | * 1. Угревая болезнь   2. Угревая болезнь (акне) – заболевание сальных желез и волосяных фолликулов, сопровождающееся фолликулярной кератинизацией, закупоркой протоков избыточно функционирующих сальных желез, перифокальным воспалением (обычно на фоне паразитирования Propionbacterium acne – P. acne), что приводит к формированию узелковых, пустулезных, кистозных образований – угрей   3.Невоспаленные очаги:  Микрокомедоны, белые угри, черные угри, макрокомедоны,  воспаленные очаги: папулы,  поверхностные пустулы,  глубокие воспалительные очаги (индуративные, сливные, флегмонозные, конглобатные угри).  4.Тяжелые формы угревой болезни. Умеренно выраженные формы угревой болезни.  5.Хейлит, сухость слизистых полости рта, носа и глаз, конъюнктивит, носовые кровотечения. Ретиноидный дерматит, повышенное шелушение кожи, кожный зуд. Фотосенсибилизация кожи. Артралгические реакции и мышечная скованность. Гиперлипидемия и прогрессирующее повышение активности трансаминаз. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 164 | На прием к дерматологу обратился мужчина 26 лет с жалобами на высыпания на коже лица и груди, сопровождающиеся болезненностью. Высыпания беспокоят периодически в течение 5 – 7 лет. Получал лечение у дерматолога: доксициклин (несколько курсов), наружно мази с антибиотиками; лечение у косметолога (маски, пилинги) - без эффекта.  На коже лица комедоны, перифолликулярные папулы, папуло-пустулы до 15 в количестве, синюшные пятна. На коже груди и спины множество комедонов, папуло-пустул, узлов до 1,5см в диаметре, атрофические рубцы, кисты.  1. Поставьте диагноз.  2. Этиология и патогенез заболевания.  3. Какие факторы оказывают отягощающее влияние на течение болезни?  4. Особенности диеты больных данным заболеванием.  5. Местное лечение данного заболевания. | * 1. Угревая болезнь   2.Нарушения процессов кератинизации, особенно в устьях волосяных фолликулов; Колонизация протоков сальных желез Propionibacterium acne, золотистым стафилококком, которые выделяют фермент липазу, разлагающую триглицериды кожного сала до свободных жирных кислот, способствующих перигландулярному и перифолликулярному воспалению. Вегетативные отклонения. Очаги фокальной инфекции.  Эндокринопатии (сахарный диабет, микседема, нарушения сексуальной сферы). Заболевания ЖКТ (хронические гастриты, язвенная болезнь и др.)  3.Ограничение углеводов, животных жиров.  Рекомендуют молочнокислые продукты, отварное нежирное мясо.  4. Топические ретиноиды или азелаиновые кислоты назначают при невоспалительных очагах. Ретиновая кислота (кислота витамина А) в форме геля или крема. Ретиноид второго поколения - местный изотретиноин 0,05%. Ретиноид третьего поколения – адапален. Новый ретиноид – гель тазаротен (0,05% или 0,1%). | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 165 | На коже лица высыпания в виде открытых и закрытых комедонов в количестве более 50, перифолликулярные папулы, папуло-пустулы до 0,6см в диаметре. Высыпания при пальпации безболезненные.  1. О каком заболевании идет речь?  2. Какие лабораторные исследования проводятся при этом заболевании?  3. Перечислите клинические разновидности заболевания.  4. Побочные реакции во время лечения Роаккутаном и их профилактика.  5. Тактика врача до назначения и во время проведения лечения Роаккутаном. | 1. Угревая болезнь  **2.** На уровень тестостерона, фолликулостимулирующего гормона, лютеинизирующего гормона и дегидроэпиандростерона сульфата. Тесты на бактериальные и грибковые культуры проводятся для исключения инфекционного фолликулита. Исследования на наличие P. Acne и выявление резистентности к антибиотикам.  **3.** Невоспаленные очаги:  Микрокомедоны.  Белые угри. Черные угри.  Макрокомедоны.  Воспаленные очаги:  Папулы.  Поверхностные пустулы.  Глубокие воспалительные очаги (индуративные, сливные, флегмонозные, конглобатные угри).  **4.** Хейлит, сухость слизистых полости рта, носа и глаз, конъюнктивит, носовые кровотечения.  Повышенное шелушение кожи, кожный зуд.  Фотосенсибилизация кожи.  Артралгические реакции и мышечная скованность, повышение активности трансаминаз.  **5.** До начала лечения врачу следует: Исключить противопоказания  Предупредить больного о возможных побочных реакциях во время лечения  Провести лабораторные исследования (трансаминазы АлТ и АсТ, щелочная фосфатаза, триглицериды, общий холестерин)  Женщинам детородного возраста рекомендовать исключить беременность (провести тест на определение беременности). | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 166 | У девочки 11 лет на передней поверхности  правого плеча плотный узел диаметром 2см с гиперпигментацией вокруг него. Крупное пятно цвета кофе с молоком на боковой поверхности туловища, рядом расположены еще 5 пятен цвета кофе с молоком диаметром 1,5 – 2,0 см. Множество мелких гиперпигментных пятен, похожих на веснушки в подмышечных впадинах. Широко расставленные соски. Офтальмоскопия патологий не выявила. Костно-мыщечная система: легкий сколиоз. Неврологическое обследование: легкая умственная отсталость, умеренные эмоциональные нарушения.  1. Поставьте диагноз  2. Дайте определение заболеванию  3. Этиология и патогенез заболевания.  4. Специфический признак заболевания  5. Методы лабораторной диагностики. | 1. Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена) 2. Наследственное заболевание кожи и ЦНС, имеющее как минимум семь клинических вариантов. Наиболее распространенным вариантом является нейрофиброматоз типа I и называется болезнью Реклингхаузена.   3.Наследуется по аутосомно-доминантному типу, однако 50% случаев возникают вследствие новой мутации. Патогенез заболевания связан с дефектом гена нейрофибромина.  4.Пятна типа веснушек в паховой и подмышечной областях (синдром Кроува).  5. Магнитно-резистентная томография головного и спинного мозга – наличие различных опухолей ЦНС.  Гистологическое исследование нейрофибром.  Генетическое тестирование. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 167 | Мальчик, которому сейчас 2 года, с возраста 6 месяцев страдает повышенной фоточувствителъностью и тяжелыми солнечными ожогами с образованием пузы­рей. На открытых участках тела (лицо, тыльная поверхность кистей, открытые участки груди и шеи) возникают гипопигментные пятна и гиперпигментные пятна по типу веснушек. Это первый ребенок у родителей, которые приходятся друг другу двоюродными братом и сестрой. Семейный анамнез по кожным болезням не отягощен. Лекарственных препаратов ребенок не получал.  Основные физиологические показатели в норме. Физическое развитие соответствует возрасту. На лице, тыльной поверхности кистей и предплечий, на открытых участках груди и шеи эритема, шелушение, множественные гиперпигментные пятна по типу веснушек. Единичные телеангиэктазии и гипопигментные пятна с признаками атрофии на коже лица.  Общий анализ крови и биохимический анализ крови в норме. Антинуклеарные антитела не выявлены.   1. Какой наиболее вероятный диагноз? 2. Этиология и патогенез заболевания 3. Что является первым проявлением болезни? 4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами 5. Рекомендации больному в процессе диспансерного наблюдения. | 1. Пигментная ксеродерма. 2. Пигментная ксеродерма объединяет гетерогенную группу генетических заболеваний, обусловленных нарушением репарации ДНК. Тип наследования — аутосомно-рецессивный. Заболевание нередко выявляют у детей, рожденных в кровнородственном браке. Клеточно-фузионный метод позволяет выделить восемь подтипов пигментной ксеродермы, которые отличаются локализацией мутантного гена. 3. Первым проявлением пигментной ксеродермы служит тяжелый солнечный ожог. 4. Фототоксическая токсидермия, полиморфный фотодерматоз, синдром Блума. Гиперпигментные пятна, пигментная ксеродерма, лентигиноз, системная склеродермия, пигментная крапивница. 5. Больным пигментной ксеродермой показано максимальное ограничение инсоляции. Им следует носить закрытую одежду, широкополые шляпы, солнцезащитные очки, ежедневно пользоваться непрозрачными солнцезащитными средствами. Кроме того, таким больным показано генетическое консультирование, консультация офтальмолога и невропатолога. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 168 | У девочки 4-х месяцев при рождении выявили гиперпигментные папулы, расположенные на ноге в виде параллельных тяжей, на туловище — в виде завитков. Семейный анамнез по болезням кожи с подобными проявлениями, ихтиозу и наследственным заболеваниям не отягощен.  Общее состояние удовлетворительное, развитие соответствует возрасту. На коже живота справа гиперпигментные веррукозные папулы в виде завитков, на правой ноге веррукозные папулы в виде параллельных тяжей. Других патологических изменений не выявлено.  Обзорная рентгенография грудной клетки, ЭКГ, электроэнцефалограмма, компьютерная томография головного мозга — без патологии.   1. О каком заболевании идет речь? 2. Какие типы заболевания выделяют? 3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами. 4. Что называют синдромом эпидермального невуса? 5. Лечение данного дерматоза. | 1.Односторонний невус (один из типов эпидермального невуса). Представляет собой порок развития эпидермиса. Заболевание выявляют при рождении или в грудном возрасте. В течение первых нескольких лет жизни возможен рост высыпаний.  **2.** Выделяют несколько типов эпидермального невуса: бородавчатый невус — самый частый тип, проявляется ограниченным веррукозным образованием; односторонний невус — характеризуется односторонним поражением в виде веррукозных папул, которые располагаются на конечностях в виде параллельных тяжей, а на туловище в виде завитков и прожилок; эпидермолитический ихтиоз — генерализованные, часто симметричные, высыпания на туловище и конечностях; комедоновый невус - характеризуется фолликулярными папулами, центральная часть которых закрыта роговой пробкой; невус ILVEN — характеризуется красными и псориазиформными высыпаниями. Кроме того, ряд авторов рассматривают невус сальных желез как один из типов эпидермального невуса.  3. Псориаз, линеарный порокератоз, красный плоский лишай, болезнь Дарье при их линейном расположении элементов сыпи.  4. Сочетание эпидермального невуса с поражением других органов (ЦНС, глаз, скелета) называют синдромом эпидермального невуса. Поражение ЦНС включает умственную отсталость, эпилептические припадки, нейросенсорную тугоухость, гидроцефалию, порэнцефалию и аномалию развития сосудов головного мозга. Поражение глаз включает высыпания на веках, колобому, кисты, микрофтальмию и катаракту. Поражение скелета включает кифоз, сколиоз, укорочение конечностей, гемигипертрофию и синдактилию. Возможно поражение сердца и почек, а также эндокринные нарушения.  5. По последним данным эффективна лазерная терапия (рубиновый и углекислотныйлазер). Хирургическое лечение в детском возрасте может приводить к выраженным рубцам. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 169 | У мальчика, которому сейчас 1 месяц, на коже от кончиков пальцев правой руки до середины предплечья, включая ладонь (по типу «перчатки»); темно-коричневая бляшка, три подобные круглые бляшки меньших размеров на проксимальных отделах той же руки. Лимфоузлы не увеличены. Неврологическое обследование без патологии.   1. Поставьте диагноз 2. Какие разновидности образования выделяют в зависимости от его размера? 3. Какой риск развития злокачественного новообразования на фоне данного заболевания? 4. Что называют нейродермальным меланозом? 5. Тактика ведения и лечения больного. | 1. Врожденный невоклеточный невус.   2.В зависимости от размера выделяют гигантский врожденный невоклеточный невус (диаметр более 20см), средний врожденный невоклеточный невус (диаметр 2-20 см) и мелкий врожденный невоклеточный невус (диаметр менее 2 см).  **3.**Риск развития меланомы из гигантского врожденного невоклеточного невуса в течение жизни составляет 5-15%. При этом риск меланомы выше в возрасте до 10 лет. Риск развития меланомы из мелкого врожденного невоклеточного невуса в течение жизни составляет 0,8-4,9%. Наиболее высокий риск меланомы ассоциируется с локализацией врожденного невоклеточного невуса на туловище. Еще не было описано ни одного случая развития меланомы из мелких.  4.Нейродермальным меланозомназывают сочетание гигантского врожденного невоклеточного невуса с поражением мягкой и паутинной мозговых оболочек. Возможно поражение ЦНС. Нейродермальный меланоз чаще всего бывает при локализации гигантского врожденного невоклеточного невуса на голове, шее, спине и ягодицах, а также при его сочетании с мелкими врожденными невоклеточными невусами. 5. Учитывая высокий риск меланомы, гигантские врожденные невоклеточные невусы следует удалять. При гигантском врожденном невоклеточном невусе, локализованном на голове, шее, спине и ягодицах, показана магнитно-резонансная томография для исключения нейродермальногомеланоза. Лечение последнего пока не разработано. Хотя дермабразия и кюретаж эффективно устраняют косметические дефекты, после них сохраняется риск развития меланомы из оставшихся в глубокой части дермы невусных клеток. Более того, рубцы после этих методов затрудняют выявление меланомы, приводя к поздней диагностике. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 170 | У девочки 17 лет умственное развитие соответствует 7-летнему возрасту. Семейный анамнез по эпилептическим припадкам, высыпаниям на лице и умственной отсталости не отягощен.  На коже щек и лба симметрично расположенные множественные гиперпигментные куполообразные папулы диаметром 1-8мм, гипопигментное пятно на верхней губе слева, крупное гипопигментное пятно прямоугольной формы на руке, желтовато-розовая бляшка с бугристой поверхностью, напоминающая кожуру апельсина на спине. Ногти не изменены. Осмотр под лампой Вуда выявил множественные гипопигментные пятна-конфетти на голенях.   1. Поставьте диагноз. 2. Этиология и патогенез заболевания 3. Какие классические признаки характерны для данного заболевания? 4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами. 5. Принципы лечения. | * 1. Туберозный склероз — наследственное заболевание, характеризующееся пороками развития кожи, глаз, ЦНС, сердца, почек, легких и костей   2. Тип наследования — аутосомно-доминантный. В основе 66-75% случаев заболевания лежат спонтанные мутации. Мутантные гены расположены в локусах 9q34 и 16р13.   3. Классическая триада, описанная в 1908 г, включает ангиофибромы на лице (старое название «аденома сальных желез Прингла»), умственную отсталость и эпилептические припадки.   4. Дифференциальныйдиагноз при ангиофибромах включает трихоэпителиому, сирингому**,** трихолеммому (при кауденовской болезни), милиум, ксантомы, бородавки и обыкновенные угри.   5. Лечение туберозного склероза включает постоянный прием противосудорожных средств, начиная с раннего детского возраста.   Лечение ангиофибром на лице проводят по косметическим соображениям. Есть сообщения об эффективности лазерной терапии с применением углекислотного лазера и лазера на парах меди. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 171 | Мужчина 59 лет около 3-х лет назад перенес трансплантацию печени по поводу печеночной недостаточности, вызванной гепатитом В. Полгода назад он заметил появление папул и бляшек на бедре.  У больного признаки синдрома Кушинга. На лице, верхней части спины и груди угревидные высыпания. Рубцы на животе. Пять коричневых ороговевающих бляшек диаметром 4-14 мм на передней и задней поверхности бедер. Бляшки характеризуются приподнятыми краями и западением в центре.  Общий анализ крови, биохимический анализ крови, СОЭ — в норме. Исследование на ВИЧ отрицательное.   1. Поставьте диагноз. 2. К какой группе заболевания относится данная патология? 3. Характерный гистологический признак заболевания. 4. Какой риск развития злокачественного новообразования на фоне данного заболевания. 5. Тактика ведения и лечения больного. | 1.Порокератоз Мибелли у больного со сниженным иммунитетом.  **2.** Порокератоз — заболевание, в основе которого лежит нарушение ороговения кератиноцитов.  3.Характерным гистологическим признаком всех форм порокератоза служит так называемая роговидная пластинка —- паракератотический столбик, состоящий из неправильно расположенных роговых клеток с пикнотичными ядрами и пернуклеарньм отеком. Заболевание обусловлено патологическим клоном кератиноцитов. Эпидермис, расположенный выше патологического клона кератиноцитов, может быть атрофированным, нормальным, реже с признаками акантоза.  4.Риск развития злокачественного новообразования при порокератозе составляет 25%. На фоне порокератоза могут возникать плоскоклеточный рак, болезнь Боуэна и базальноклеточный рак. Поэтому при порокератозе показано лечение и наблюдение.  **5.**Лечение порокератоза включает 5-фторурацил местно, ретиноиды местно, криодеструкцию, иссечение, дермабразию и лазерную терапию (применяют углекислотный лазер). | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 172 | У мальчика, которому сейчас 6 лет, в возрасте 6 месяцев выявили пожелтение ногтей. За последующие 5,5 лет толщина ногтей постепенно увеличивалась, они стали коричневого цвета. При этом больше всего изменена дистальная часть ногтей. В возрасте 4-х лет у больного обнаружили белые бляшки на латеральной поверхности языка, на подошвах очаги гиперкератоз. Подобные изменения ногтей выявили у матери, братьев и сестер.  Микроскопия препарата, обработанного гидроксидом калия, в белых бляшках на языке элементов грибов не выявила. Посев кусочков ногтевых пластинок на среды для грибов роста не выявил.  1. Поставьте диагноз  2. Дайте определение заболеванию  3. Какие типы данного заболевания выделяют?  4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания  5. Какое лечение целесообразно назначить? | 1. Синдром Ядассона-Левандовского. 2. Это редкое наследственное заболевание, в основе которого лежит нарушение ороговения. Синдром Ядассона-Левандовского обычно наследуется аутосомно-доминантно и обусловлен мутациями генов, кодирующих различные формы кератина. 3. Выделяют четыре типа заболевания: I тип характеризуется утолщением ногтей, лейкоплакией рта, ладонно-подошвенным кератозом и фолликулярным кератозом; IIтип — признаками I типа плюс пузыри ладоней и подошв, патология зубов, и стеатоцистоматоз; IIIтип — признаками II типа плюс заеды и патология глаз; IV тип — признаками IIIтипа плюс поражение гортани, умственная отсталость, гипертрихоз туловища и поредение волос на голове. 4. Дифференциальный диагнозвключает врожденный дискератоз, онихомикоз, буллезный эпидермолиз, кератодермию ладоней и подошв, иногда псориаз. 5. Лечение синдрома Ядассона-Левандовского сводится к периодическому стачи ванию или удалению ногтевых пластинок. Эффективно иссечение ногтевого ложа и матрикса с разрушением матрикса. При ладонно-подошвенном кератозе наружно применяют кератолитические, смягчающие и увлажняющие кожу сред ства. Больному следует носить удобную обувь. Есть данные об эффективности применения ретиноидов внутрь. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 173 | У девочки 6 лет с рождения отмечают ломкость сосудов, появление синяков и кровоподтеков. Кроме того, у девочки выявили повышенную растяжимость кожи, плохое заживление ран и рубцы, похожие на папиросную бумагу. Семейный анамнез по заболеваниям с подобными проявлениями не отягощен. Самочувствие ребенка хорошее.  Основные физиологические показатели в норме. Отмечается повышенная растяжимость кожи всего тела, включая щеки и уши. Множественные экхимозы на ногах и ягодицах. Множественные атрофические рубцы на локтях и коленях. Повышенная подвижность межфаланговых суставов. Аускультация сердца: патологических шумов нет. Других патологических изменений не выявлено.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию.  3. Осложнения данного заболевания.  4. Какое лечение целесообразно назначить?  5. Профилактика данного дерматоза. | 1. Синдром Элерса-Данло. 2. Синдром Элерса-Данло представляет собой гетерогенную группу заболеваний, в основе которых лежит наследственное нарушение синтеза коллагена. Синдром Элерса-Данло проявляется повышенной растяжимостью кожи (при этом она быстро возвращается к исходному состоянию), ранимостью кожи, ломкостью сосудов и повышенной подвижностью суставов. 3. Разрыв крупных сосудов, перфорация кишечника, осложнения беременности. пневмоторакс, вывих бедра, сколиоз, варикозное расширение вен, паховая грыжа, дивертикулез, отслойка сетчатки, другая тяжелая патология глаз. 4. Лечение синдрома Элерса-Данло включает раннее выявление и незамедлительное лечение возможных осложнений. Для выявления аневризм применяют эхокардиографию и компьютерную томографию. Инвазивные методы исследования противопоказаны. При лечении сосудистых осложнений желательно пользоваться нехирургическими методами. Если говорить о хирургическом лечении, то у таких больных перевязка сосуда предпочтительнее реконструктивных операций. В случае перфорации кишечника или тяжелого желудочно-кишечного кровотечения колонэктомия в сочетании с илеостомией 5. Для профилактики травм и ранений у детей с синдромом Элерса-Данло эффективны защитные щитки, как у спортсменов. Кроме того, таким больным показан витамин С внутрь. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 174 | Мужчину 55 лет с возраста 25 лет беспокоят пузыри и эрозии в подмышечных впадинах и паховых складках. Несмотря на местное и системное применение антибиотиков и кортикостероидов высыпания рецидивируют. У двух старших братьев больного подобных высыпаний нет, но они есть у матери больного и у его сестры 53-х лет.  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию.  3. Ключевые звенья патогенеза заболевания  4. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза  5. Принципы лечения заболевания | 1. Доброкачественная семейная хроническая пузырчатка (синоним: болезнь Хейли-Хейли) 2. Заболевание представляет собой редкий пузырный генодерматоз с аутосомно-доминантным типом наследования. 3. Предполагают, что в основе болезни Хейли-Хейли лежит распад десмосом. В основе акантолиза лежит дефект в комплексе тонофиламенты-десмосомы, в результате которого тонофиламенты отрываются от десмосом. Десмоглеин не изменен при болезнях Хейли-Хейли, Дарье и Гровера, но изменен при пузырчатке. Этим можно объяснить скопления клеток при болезни Хейли-Хейли. 4. Проводят с болезнью Дарье (характерно поражение ногтей), транзиторным акантолитическим дерматозом (болезнь Гровера), пузырчаткой, вегетирующей пузырчаткой (отличить последние два заболевания помогает биопсия кожи). Кроме того, исключают энтеропатический акродерматит, болезнь Фокса-Фордайса, гидраденит, импетиго, дерматофитии, герпес, экзематозные дерматиты, себорейный дерматит, некролитическую мигрирующую эритему. 5. Болезнь Хейли-Хейли с трудом поддается лечению. Эффективны сильнодействующие кортикостероиды для местного применения, криотерапия, лазерная терапия. Дапсон, циклоспорин и ретиноиды обычно неэффективны. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 175 | Девочка 4-х недель родилась с красными линейными тяжами на ногах, ягодицах и туловище.  При осмотре на коже ног и ягодиц красные линейные тяжи и везикулы. При подсыхании содержимого везикул образуются желтые и кровянистые корки.  Микроскопия и посев содержимого везикул бактерий и грибов не выявили. Проба Тцанка (мазок со дна везикулы) не выявила гигантских многоядерных клеток, видны скопления эозинофилов. Посев крови отрицательный. Общий анализ крови: умеренная эозинофилия.   1. Поставьте диагноз. 2. Этиология заболевания 3. Какие клинические стадии заболевания выделяют в зависимости от характера поражения кожи? 4. Какими поражениями других органов сопровождается данное заболевание? 5. Консультации каких специалистов необходимы больной? | 1. Недержание пигмента. 2. Редкое генетическое заболевание**,** которое проявляется поражением кожи в сочетании с признаками нейроэктодермальной дисплазии, включая патологию ЦНС, глаз и зубов. Чаще всего встречается Х-сцепленныйдоминантный тип наследования, мутация летальна для плодов мужского пола. 3. Выделяют четыре клинические стадии заболевания. Первая- при рождении. Клинически красные линейные тяжи и везикулы по линиям Блашко. Вторая – веррукозные папулы. Третья -гиперпигментные пятна, по линиям Блашко. Четвертая- гипопигментные пятна и атрофия кожи на ногах. 4. У трети больных выявляют поражение ЦНС, включая эпилептические припадки, умственную отсталость, параличи, микроцефалию, двигательную заторможенность. Поражение глаз, выявляемое у трети больных, включает косоглазие, кератит и отслоение сетчатки. Поражение зубов сводится к отсутствию некоторых зубов и изменению формы зубов. Возможно поражение волос и ногтей. 5. Консультации детского офтальмолога, детского невропатолога и детского стоматолога. Матерей и сестер таких больных также необходимо обследовать, обращая внимание на изменения кожи, зубов и глаз. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 176 | В кожвендиспансер направлен для уточнения диагноза больной из глазного центра с аномалией правого глаза, полной слепотой и опухолевидными образованиями на коже туловища и конечностей.  Родился с аномалией правого глаза и полной слепотой. В пятилетнем возрасте на коже щеи, туловища, живота, предплечий, бедер появилось обилие «кофейных» пятен. В 10 лет появилось множество веснушчато - подобных высыпаний на конечностях и на коже спины. В18 лет появилось множество опухолей телесно – лилово – розового цвета на туловище, особенно на спине, некоторые болезненные при пальпации. Некоторые свисают на ножке, болезненные при пальпации. При надавливание опухоли несколько болезненные, мягкие. Положительный симптом «кнопки звонка».  1. Поставьте диагноз.  2. Дайте определение заболеванию.  3. Какие аномалии скелета возможны при этом заболевании?  4. Перечислите угрожающие жизни осложнения.  5. Диагностический признак заболевания. | 1.Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена)  2.Наследственное заболевание кожи и ЦНС, имеющее как минимум семь клинических вариантов. Наиболее распространенным вариантом является нейрофиброматоз типа I и называется болезнью Реклингхаузена.  **3.** Карликовость, сколиоз  макроцефалия,  дисплазия крыльев клиновидной кости.  **4.** Эпилептический припадок,  повышение внутричерепного давления,  сосудистые осложнения, обусловленные гипертензией,  злокачественные перерождения.  **5.** Узелки Лиша у людей старше 6лет, у которых подозревают нейрофиброматоз, являются диагностическим признаком. Необходимо исследование с помощью щелевой лампы на наличие узелков Лиша (гарматомы на радужке) | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 177 | К врачу дерматовенерологу обратился больной по поводу язвы в области головки полового члена.  В анамнезе случайная половая связь четыре недели назад.  При осмотре в области головки полового члена язвочка размером 0.4-0.5 см. округлой формы, с четкими краями, дно ровное, мясо-красного цвета. При пальпации язва безболезненная, в основании прощупывается уплотнение. Регионарные лимфатические узлы размером 1.5\*1.0 см., плотно-эластические, безболезненные, не спаяны с окружающей кожей.   1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Перечислите характерные признаки первичного аффекта. 3. С какими язвенными поражениями гениталий необходимо провести дифференциальную диагностику? 4. Какие мероприятия необходимо провести по контактным лицам? 5. Какие виды лечения заболевания существуют? | 1.Первичный сифилис половых органов.  **2.**Язва или эрозия (трещина), правильной геометрической формы (округлая, овальная), уплотнение в основании, цвет сырого мяса, безболезненность, при поскабливании серозное отделяемое.  **3.**Мягкий шанкр, шанкриформная пиодермия, острая язва Чапина-Липшютца, чесоточная эктима, кожный лейшманиоз, раковая язва, туберкулезная язва  молниеносная гангрена половых органов Фурнье, гонорейные, трихомонадные язвы, травматическая язва.  **4.**Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, у которых с момента контакта прошло не более 2 месяцев, показано превентивное лечение.  Лицам, у которых, с момента контакта с больным ранним сифилисом прошло от 2 до 4 месяцев, проводится двукратное клинико- серологическое обследование с интервалов в 2 месяца; если с момента контакта прошло более 4 месяцев, проводится однократное клинико – серологическое обследование.  **5.**Специфическое, превентивное, профилактическое, пробное. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 178 | К врачу дерматовенерологу обратился больной по поводу язвы в области уздечки полового члена.  Язву заметил 5 дней назад, смазывал мазью с антибиотиками. При осмотре в области уздечки полового члена язва размером с мелкую горошину, правильной формы, дно ровное, покрыто серозно-гнойным налетом. При пальпации язва безболезненная, в основании прощупывается уплотнение. Паховые лимфатические узлы размером 1.0\*0.3см., плотно-эластической консистенции, безболезненные, не спаяны с окружающей кожей.  Женат. Имеет ребенка двух лет. Случайные половые связи отрицает.  При обследовании: бледная трепонема в отделяемом язвы не обнаружена. Серологическая реакция крови (МРП) отрицательная.   1. Возможный диагноз. 2. Тактика ведения больного. 3. С какими язвенными поражениями гениталий необходимо провести дифференциальную диагностику? 4. Перечислите атипичные формы первичного аффекта. 5. Подлежат ли обследованию жена и ребенок больного? | 1.Первичный сифилис половых органов.  2. Лабораторные исследования  Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла при микроскопии в темном поле.  РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР.  Обязательное обследование половых партнеров. Назначение им превентивного или специфического лечения.  3.Мягкий шанкр, шанкриформная пиодермия, острая язва Чапина-Липшютца, чесоточная эктима, кожный лейшманиоз, раковая язва, туберкулезная язва  молниеносная гангрена половых органов Фурнье, гонорейные, трихомонадные язвы, травматическая язва.  **4.**Шанкр – амигдалит, шанкр – панариций, индуративный отек.  **5.**Обследованию подлежит жена. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 179 | К проктологу обратилась больная 25 лет с жалобами на болезненность при акте дефекации. Болезненность незначительная. При осмотре на слизистой ануса язва удлиненной формы, размером 0.8-0.2см с ровными плотными краями. Паховые лимфатические узлы не увеличены. Экспресс-диагностика сифилиса (МРП) отрицательная. Проктолог назначил сидячие ванночки с отваром ромашки, смазывание бальзамом Шостаковского. Через 2 недели у больной на коже туловища появилась обильная розеолезная сыпь, полиаденит.   1. Поставьте диагноз больной. 2. Как проктолог должен был поступить? 3. Какие исследования необходимо провести больной? 4. Проведите дифференциальную диагностику розеолезной сыпи у больной. 5. Профилактика заболевания. | 1.Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.  2.Проктолог должен был направить больную на консультацию к венерологу.  3.Лабораторные исследования  Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра при микроскопии в темном поле.  РМП, РИФ, ИФА, РПГА.  ПЦР.  **4.**С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов плошиц.  **5.** Первичная - работа с группами здоровых людей, предоставление им информации о заболевании.  Вторичная — скрининговое обследование определенных групп населения.  Индивидуальная профилактика обеспечивается использованием барьерных методов контрацепции презервативов и индивидуальных профилактических средств, к которым относятся хлоргексидин биглюконат (гибитан), цидипол, мирамистин. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 180 | К отоларингологу обратилась больная 20 лет по поводу язвы в области миндалины. При осмотре в области левой миндалины имеется язва округлых очертаний размером 0.8-0.8 см., безболезненная, края уплотнены. Лимфоузлы подчелюстные размером 1.0\*0.3 см,. безболезненные, плотно-эластической консистенции.   1. Какова должна быть тактика врача-отоларинголога? 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза? 4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику? 5. Перечислите пути заражения данным заболеванием. | 1.Врач-отоларинголог должен был направить больную на консультацию к венерологу.  2.Первичный сифилис других локализаций.  3.Обнаружение бледной трепонемы с помощью микроскопии в темном поле. полимеразная цепная реакция (ПЦР)  серологические тесты на сифилис  **4.**Лакунарная ангина, дифтерия, ангина Венсана  **5.**Половой, бытовой, гемотрансфузионный, трансплацентарный, профессиональный | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 181 | К урологу обратился больной с жалобами на невозможность открыть головку полового члена. При осмотре головка полового члена не открывается, цвет кожи полового члена синюшно-красный. Консистенция плотная. При легком массаже отделяемое из препуциального мешка гнойное. Паховые лимфоузлы размером 1.5\*1.0 см., плотно-эластические, безболезненные, не спаяны с окружающей кожей.   1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Тактика уролога. 3. Какое осложнение имеет место в данном случае? 4. Перечислите атипичные формы первичного аффекта. 5. Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения заболевания. | 1.Первичный сифилис половых органов.  **2.**Уролог должен направить больного на консультациюк венерологу.  3.Твердый шанкр осложненный фимозом  **4.**Шанкр – амигдалит, шанкр – панариций, индуративный отек.  **5.**Пенициллины: дюрантные, средней дюрантности, водорастворимые, полусинтетические: доксициклин, тетрациклин. Макролиды: эритромицин. Цефалоспорины: цефтриаксон. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 182 | Больная 30 лет обратилась к хирургу поликлиники по поводу язвы в области правой грудной железы. При осмотре язва локализуется в области ареолы соска, подковообразной формы, с ровными краями, уплотнением в основании, безболезненная. Подмышечные лимфоузлы справа размером 1\*1.5 см., плотно-эластические, безболезненные.   1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Перечислите пути заражения данным заболеванием. 3. Какие виды лечения заболевания существуют? 4. Какие мероприятия необходимо провести по контактным лицам? 5. Профилактика заболевания. | 1.Первичный сифилис других локализаций.  **2.**Половой, бытовой, гемотрансфузионный, трансплацентарный, профессиональный.  3.Специфическое, превентивное, профилактическое, пробное.  **4.**Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, у которых с момента контакта прошло не более 2 месяцев, показано превентивное лечение.  Лицам, у которых, с момента контакта с больным ранним сифилисом прошло от 2 до 4 месяцев, проводится двукратное клинико- серологическое обследование с интервалов в 2 месяца; если с момента контакта прошло более 4 месяцев, проводится однократное клинико – серологическое обследование.  **5.** Первичная - работа с группами здоровых людей, предоставление им информации о заболевании.  Вторичная — скрининговое обследование определенных групп населения.  Индивидуальная профилактика обеспечивается использованием барьерных методов контрацепции презервативов и индивидуальных профилактических средств, к которым относятся хлоргексидин биглюконат (гибитан), цидипол, мирамистин. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 183 | У больной, обратившейся к гинекологу, правая большая половая губа увеличена в размерах, при надавливании следа от вдавления пальцем не осталось, цвет кожи синюшный. Лимфоузлы паховые с обеих сторон размером 2.0\*1.5 см., подвижные, безболезненные. На коже туловища обильная розеолезная сыпь. В анамнезе беспорядочная половая жизнь.   1. Тактика врача-гинеколога. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Тактика ведения больной. 4. Проведите дифференциальную диагностику высыпаний. 5. Антибактериальные препараты, рекомендованные для лечения заболевания. | 1.Врач – гинеколог должен направитьбольную на консультацию к венерологу.  2.Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.  **3.**Лабораторные исследования  Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла при микроскопии в темном поле.  РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР.  Обязательное обследование половых партнеров. Назначение им превентивного или специфического лечения.  **4.**С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов плошиц.  5.Пенициллины: дюрантные, средней дюрантности, водорастворимые, полусинтетические Тетрациклины: доксициклин, тетрациклин. Макролиды: эритромицин. Цефалоспорины: цефтриаксон. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 184 | К врачу дерматовенерологу обратился больной 40 лет с высыпаниями на коже туловища. В течение года имеет регулярные половые связи с одной женщиной. При осмотре на коже туловища крупная розеолезная сыпь, мелкоочаговое облысение на волосистой части головы, поредение бровей, вокруг ануса – сгруппированные эрозированные папулы. При осмотре половой партнерши высыпаний на коже и слизистых у неё не обнаружено, периферические лимфатические узлы не увеличены.   1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Тактика ведения больного. 3. Тактика в отношении половой партнёрши. 4. Возможный диагноз половой партнерши. 5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику облысения у больного? | 1.Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.  2.Лабораторные исследования  Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла при микроскопии в темном поле.  РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР.  **3.**Обязательное обследование: серологические реакции на сифилис, исключение висцеральной патологии и патологии ЦНС.  **4.**Ранний сифилис скрытый.  **5.**С диффузной алопецией неспецифической этиологии, крупноочаговой алопецией, себорейным облысением, рубцующей алопецией (псевдопеллада Брока), трихомикозами, дискоидной и диссеминированной красной волчанкой. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 185 | Больная 30 лет обратилась на приём к отоларингологу с жалобами на охриплость голоса. Поставлен диагноз хронического тонзиллита, назначен тетрациклин. На третий день приёма тетрациклина у больной на туловище появилась розеолезная сыпь. Отоларингологом поставлен диагноз медикаментозной токсикодермии, отменен тетрациклин, назначена гипосенсибилизирующая терапия. Через 5 дней больная была вызвана в кожно-венерологический диспансер как предполагаемый источник заражения больного сифилисом.   1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику розеолезной сыпи у больной. 3. Какие атипичные варианты розеолезной сыпи Вы знаете? 4. Какая стадия заболевания возможна у полового партнера? 5. Индивидуальная профилактика заболевания. | 1.Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.  **2.**С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов плошиц.  **3.**Сливная, шелушащаяся, возвышающаяся, зернистая.  **4.**Первичный сифилис  **5.**Индивидуальная профилактиказаболеванияобеспечивается использованием барьерных методов контрацепции (презервативов). После случайной незащищенной половой связи может быть осуществлена самостоятельно лицом, подвергшимся опасности заражения ИППП. Проводится с помощью индивидуальных профилактических средств (в соответствии с прилагаемой к ним инструкцией), к которым относятся хлоргексидин биглюконат (гибитан), цидипол, мирамистин и другие. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 186 | К врачу дерматовенерологу обратился больной 40 лет с жалобами на высыпания на коже туловища. При осмотре на коже туловища множественная мелкая розеолезная сыпь, в области ладоней и подошв папулы. Вокруг ануса гипертрофические, эрозивные папулы. Выражен полиаденит. В области уздечки полового члена рубчик размером 0.2-0.3 см. Женат. Имеет двух детей в возрасте 3-х и 10 лет.   1. Какой следует поставить диагноз? 2. Какие клинические проявления характерны для данного заболевания? 3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику? 4. Какие варианты папулезной сыпи Вы знаете? 5. Тактика врача в отношении жены и детей больного. | 1.Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.  **2.**Пятнистые, папулезные, пустулезные, везикулезные сифилиды; сифилитическое облысение, сифилитическая лейкодерма, остаток твердого шанкра, полиаденит.  **3.**Вторичная лейкодерма от дерматозов, витилиго, результат эндокринных нарушений, производственные или бытовые химические продукты.  **4.**Ладонно-подошвенный, себорейный, псориазиформный, эрозивный (мокнущий), широкие кондиломы.  **5.**Обязательное обследование жены и детей больного: осмотр, серологические реакции крови на сифилис. При необходимости консультации смежных специалистов. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 187 | К отоларингологу обратилась больная с жалобами на неловкость при глотании.  При осмотре правая миндалина резко увеличена в объёме, синюшно-красного цвета, плотная, безболезненная при пальпации. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, плотно-эластической консистенции, безболезненные при пальпации.   1. Возможный диагноз. 2. Тактика отоларинголога. 3. Этиология и патогенез заболевания. 4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику? 5. Основные группы антибиотиков в лечении данного заболевания? | 1.Первичный сифилис других локализаций.  **2.**Отоларинголог должен был направить больную к дерматовенерологу  **3.**Сифилис – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой. Источником заражения является больной сифилисом. Инфекция передается половым, бытовым, гемотрансфузионным, трансплацентарным и профессиональным путями.  В области «входных» ворот возникает эрозивный или язвенный дефект кожи с плотным инфильтратом у основания – твердый шанкр.  Для заболевания характерно хроническое течение с периодизацией. Выделяют первичный, вторичный и третичный периоды сифилиса.  **4.**Лакунарная ангина, дифтерия, ангина Венсана  5. Пенициллины: дюрантные, средней дюрантности, водорастворимые, полусинтетические  Тетрациклины: доксициклин, тетрациклин.  Макролиды: эритромицин.  Цефалоспорины: цефтриаксон. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 188 | У больного «А» на коже мошонки и вокруг ануса единичные папулы синюшного цвета величиной с мелкую горошину, поверхность папул эрозирована. В углах рта мокнущие папулы. Волосы на волосистой части головы диффузно поредели. МРП (4+).  У его половой партнёрши «С» на коже туловища обильная мелкая розеолезная сыпь. На задней спайке больших половых губ – эрозия овальной формы мясо-красного цвета. Полиаденит, особенно выражены паховые лимфоузлы. Они подвижны, безболезненны. Половая связь с «А» в течение трех месяцев.   1. Поставьте диагноз больному и его половой партнерше. 2. Кто из них является источником заражения? 3. Этиология и патогенез заболевания. 4. Проведите дифференциальную диагностику папулезной и пятнистой сыпи. | 1.У обоих вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.  **2.**Источником заражения является больной «А»  **3.** Сифилис – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой. Источником заражения является больной сифилисом. Инфекция передается половым, бытовым, гемотрансфузионным, трансплацентарным и профессиональным путями.  В области «входных» ворот возникает эрозивный или язвенный дефект кожи с плотным инфильтратом у основания – твердый шанкр.  Для заболевания характерно хроническое течение с периодизацией. Выделяют первичный, вторичный и третичный периоды сифилиса.  **4.**Пятнистый сифилид нужно дифференцировать с острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов плошиц.  Папулезный сифилид у больного «А» (сифилитичесую заеду) необходимо дифференцировать со стрептококковой, кандидозной и арибофлавинозной заедами. Эрозивные папулы с поверхностным кандидозом кожи, эрозивной формой красного плоского лишая.  **5.** Барьерные методы контрацепции (презервативов). Индивидуальные профилактические средства (в соответствии с прилагаемой к ним инструкцией), к которым относится мирамистин. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 189 | К дерматовенерологу обратилась больная с жалобами на высыпания на половых губах.  При осмотре на гребнях больших половых губ плотные папулы синюшно-красного цвета, часть из них мацерирована. Вокруг ануса гипертрофические папулы с вегетациями на поверхности. На коже живота единичные лентикулярные папулы синюшно-красного цвета. Полиаденит.   1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Перечислите исходы полового контакта с больным данным заболеванием. 3. Какие разновидности папулезных высыпаний при данном заболевании Вы знаете? 4. Проведите дифференциальную диагностику высыпаний в области ануса.   Перечислите пути заражения данным заболеванием. | 1.Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.  **2.**Заражение и классическое течение сифилиса, незаражение, самоизлечение, длительно бессимптомное течение.  **3.**Ладонно-подошвенный, себорейный, псориазиформный, эрозивный (мокнущий), широкие кондиломы.  **4.**С геморроидальными узлами, вегетирующей пузырчаткой, остроконечными кондиломами.  **5.**Половой, бытовой, гемотрансфузионный, трансплацентарный, профессиональный. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 190 | К отоларингологу обратилась больная 18 лет с жалобами на осиплость голоса, незначительную болезненность при глотании, появившиеся неделю назад; недомогание, утомляемость.  При осмотре полости рта на миндалинах обнаружены белесоватого цвета папулы величиной до горошины.   1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Тактика отоларинголога в отношении больной. 3. Перечислите возможные проявления заболевания на слизистой оболочке полости рта. 4. Перечислите атипичные формы первичного аффекта. 5. Методы лабораторной диагностики данного заболевания | 1.Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.  **2.**Отоларинголог должен был направить больную к дерматовенерологу  **3.**Сифилитическая ангина (эритематозная, папулезная, эрозивно – язвенная), сифилитическая заеда, папулезный сифилид.  **4.**Шанкр – амигдалит, шанкр – панариций, индуративный отек.  **5.**Обнаружение бледной трепонемы в отделяемом твердого шанкра или пунктате из лимфатического узла, в отделяемом эрозивных папул при микроскопии в темном поле зрения.  РМП, РИФ, ИФА, РПГА, ПЦР. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 191 | У больной на коже туловища единичные крупные розеолы, на ладонях сгруппированные папулы, эрозивные папулы на языке и мягком небе, поредение бровей и ресниц. МРП (4+) в титре 1:80. Венеролог диагностировал сифилис вторичный кожи и слизистых оболочек. У источника заражения установлен ранний скрытый сифилис. Больная находится в тесном бытовом контакте с двумя детьми. Возраст детей 1,5 года и 12 лет.   1. Возможно ли заражение детей от больной сифилисом матери бытовым путем? 2. Ваша тактика в отношении данных бытовых контактов. 3. Проведите дифференциальную диагностику розеолезного сифилида у больной. 4. Перечислите пути заражения данным заболеванием. 5. Перечислите исходы полового контакта с больным сифилисом. | 1.Возможно.  **2.**Обязательное обследование бытовых контактов. Назначение им превентивного или специфического лечения или проведение клинико - серологического контроля (в зависимости от результатов обследования).  **3.**С острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов плошиц.  **4.**Половой, бытовой, гемотрансфузионный, трансплацентарный, профессиональный.  **5.**Заражение и классическое течение сифилиса, незаражение, самоизлечение, длительно бессимптомное течение. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 192 | У больного через семь дней после половой связи с посторонней женщиной появились обильные гнойные выделения из уретры, рези при мочеиспускании.  При осмотре губки уретры отечны, гиперемированы, выделения свободные, гнойные.  В мазках из уретры обнаружены гонококки. 2- стаканная проба Томпсона: в первой порции слизь, гнойные нити.  Больному диагностирована Свежая острая гонорея. Острый передний уретрит.  1. Какие анамнестические данные необходимо выяснять у больных с подобным заболеванием?  2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у мужчин?  3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?  4. Дифференциальная диагностика данного заболевания  5. Цели лечения. | **1.** Предполагаемый источник инфицирования пациента,  регион инфицирования,  результаты обследования половых партнеров.  Наличие ИППП в анамнезе и в настоящее время, данные аллергоанамнеза.  **2.** Гнойные выделения из уретры, дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании)  зуд, жжение в области уретры, диспареуния (болезненность во время полового акта),  боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.  **3.**Микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму, культуральное исследование.  **4.** Следует проводить дифференциальный диагноз с другими урогенитальными заболеваниями, обусловленными патогенными (Т. vaginalis, C. Trachomatis,  M. genitalium), условно – патогенными микроорганизмами (грибами рода Candida, микроорганизмами, ассоциированными с бактериальным вагинозом) и вирусами  (вирусом простого герпеса).  **5.** Достижение клинической эффективности лечения (снижение или исчезновение клинических симптомов заболевания). Достижение микробиологической эффективности лечения (эррадикация возбудителя).  Предотвращение развития осложнений.  Предупреждение инфицирования других лиц. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 193 | У женщины 35 лет в мазках  из цервикального канала и уретры обнаружены гонококки. При осмотре в гинекологических зеркалах: Гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища. Слизисто – гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища. Отечность, гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто – гнойные выделения из цервикального канала.  Диагностирован свежий подострый эндоцервицит, уретрит гонорейной этиологии.  1. Пути инфицирования данным заболеванием у мужчин, женщин и детей?  2. Какие субъективные симптомы характерны при локализованной инфекции у женщин?  3. Какие дополнительные исследования проводятся при данном заболевании?  4. Тактика при отсутствии эффекта от лечения.  5. Ведение половых партнеров. | 1.У мужчин и женщин  половой путь передачи (инфицирование происходит при любых формах половых контактов с больным гонорей)  У детей прохождение через родовые пути больной матери, прямой половой контакт, бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми)  2.Гнойные или слизисто – гнойные выделения из половых путей  зуд, жжение в области наружных половых органов.  Диспареуния (болезненность во время полового акта).  Дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании).  Дискомфорт или боль в области нижней части живота.  3. Исследование методом ПЦР для идентификации гонококков.  Исследования на другие ИППП. КСР на сифилис определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С. Клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови. УЗИ органов малого таза.  4. Определение чувствительности гонококков к антибактериальным препаратам, определение β- лактамазной активности гонококков (при наличии показаний), назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп.  5.Необходимо проинформировать о половых партнерах за последние 60 дней и сообщить половым партнерам о необходимости обследования.  Одновременное лечение половых партнеров является обязательным и проводится по тем же схемам. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 194 | У больного через пять дней после половой связи с постоянной половой партнершей появились слизистые выделения из уретры, зуд в области уретры, диспареуния.  При осмотре губки уретры отечны, гиперемированы, умеренные слизистые выделения. В мазках из уретры обнаружены трихомонады.  Диагностирован урогенитальный трихомониаз, подострый передний уретрит.  1. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?  2. Какие дополнительные исследования проводятся при данном заболевании?  3. Дифференциальная диагностика данного заболевания  4. Показания для стационарного лечения больных.  5. Рекомендованные схемы лечения неосложненного заболевания. | 1.Обнаружение трихомонад с помощью одного из методов микроскопическое исследование нативного препарата. Микроскопическое исследование препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму. Культуральное исследование является «золотым стандартом» диагностики и в особенности показано при мало – и бессимптомных формах заболевания.  2. Культуральное исследование для идентификации условно – патогенных микроорганизмов. КСР на сифилис. Определение антител к ВИЧ, гепатиту В и С. Клинический анализ крови и мочи. Биохимический анализ крови. УЗИ органов малого таза.  **3.**Следует проводить дифференциальный диагноз с другими урогенитальными заболеваниями, обусловленными патогенными (N. Gonorrhoeae, C. Trachomatis,  M. genitalium), условно – патогенными микроорганизмами (грибами рода Candida, микроорганизмами, ассоциированными с бактериальным вагинозом, генитальными микоплазмами) вирусами (вирусом простого герпеса), а также аллергическими вульвовагинитами и баланопоститами.  4.Осложненное течение заболевания (воспалительный процесс органов малого таза).  Случаи заболевания, угрожающие течению беременности.  5.Препараты выбора:  Метронидазол 2,0 г внутрь однократно, или  Орнидазол 1,5 г внутрь однократно.  Альтарнативные схемы лечения  Орнидазол 500мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней, или  Метронидазол 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней, или  Тинидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |
| 195 | Женщина 27 лет обратилась к венерологу по поводу пенистых, с неприятным запахом выделений из влагалища. Половая связь с незнакомым мужчиной 5 дней назад.  При осмотре в гинекологических зеркалах: Гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища. Жидкие пенистые выделения из влагалища. Гиперемия слизистой оболочки шейки матки.  В мазках из цервикального канала, боковых и заднего свода влагалища обнаружены трихомонады.  Диагностирован урогенитальный трихомониаз, острый эндоцервицит.  1. Какие субъективные симптомы характерны для данного заболевания у женщин?  2. Из каких отделов мочеполовой сферы должен исследоваться материал?  3. Какие обязательные исследования необходимы для верификации диагноза?  4. Консультации каких смежных специалистов назначаются больным?  5. Тактика при отсутствии эффекта от лечения. | 1.Вагинальные выделения серо – желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом.  Зуд, жжение в области наружных половых органов.  Диспареуния (болезненность во время полового акта)  Дизурия (зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании).  Дискомфорт или боль в области нижней части живота. В 10 -30% наблюдений у женщин регистрируется бессимптомное течение заболевания.  **2.**У женщин из уретры, цервикального канала, боковых и заднего сводов влагалища (у перенесших гистерэктомию – из уретры, боковых сводов влагалища.  У мужчин из уретры.  **3.**Обнаружение трихомонад с помощью одного из методов микроскопическое исследование нативного препарата, раствором метиленового синего и по Граму. Культуральное исследование является «золотым стандартом» диагностики и в особенности показано при мало – и бессимптомных формах заболевания.  4. Гинеколога или уролога (с целью диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы). Психотерапевта –психологическая адаптация. **5.**Рекомендуется назначение альтернативных препаратов или методик (курсовых) лечения.  При наличии показаний проводится дополнительная симптоматическая терапия. | ТК ГИА | УК 1, ПК 6. |

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, 2018