федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»

по направлению подготовки (специальности)

31.05.01. «Лечебное дело»

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.05.01*.Лечебное дело*, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 9 от «30» 04.2021г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ОПК-5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач.

Инд.ОПК5.3. Способность применять знания о патологических процессах в организме человека для решения профессиональных задач

ОПК-7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Инд.ОПК7.3. Способность определять эффективность применения лекарственных препаратов с учетом морфофункциональных особенностей, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека

ПК-4 Готовность к определению, формулировке диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

Инд.ПК4.3. Готовность к установлению диагноза с учетом действующих клинических рекомендаций и международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).

ПК-5 Способность и готовность к определению у пациента показаний для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками, стандартами и клиническими рекомендациями (протоколами лечения) оказания медицинской помощи.

Инд.ПК5.1. Готовность к направлению пациента для консультации к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний и интерпретации полученных результатов.

ПК-6 Готовность к определению тактики ведения пациента с различными нозологическими формами, контролю эффективности и безопасности лечения.

Инд.ПК6.2. Готовность к назначению немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями.

Инд.ПК6.1. Готовность к составлению плана лечения заболевания и состояния, к назначению лекарственных препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями.

УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий.

Инд.УК1.3. Способность разрабатывать и аргументировать стратегию решения проблемной ситуации, обосновывать целевые ориентиры.

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ**

**План составления истории болезни**

Титульный лист.

Общие (паспортные) сведения о больном.

История заболевания.

История жизни.

Объективное исследование больного:

*а)* общее состояние больного;

б) дерматологический статус.

План лабораторного исследования больного: результаты лабораторных исследований и функциональных проб.

Диагноз: предварительный, дифференциальный, клинический заключительный.

Лечение конкретного больного.

Дневники наблюдения.

Эпикриз.

Список используемой литературы.

Датасдачи преподавателю.

Рецензия преподавателя.

Оценка.

**История болезни**

Ф. И. О.

Возраст

Поступил

Выбыл. Переведен.

Адрес

Место работы больного

Выполняемая работа или должность

Диагноз:

а) направившего учреждения

б) при поступлении

в)заключительный клинический диагноз, дата установления

г) при выписке в эпикризе: основной,

сопутствующий.

осложнения.

Исход болезни (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть).

Трудоспособность (восстановлена, утрачена временно, направленна амбулаторное лечение).

**ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Жалобы (на момент курации).

Со стороны кожи (у больных дерматозами – высыпания, зуд и его характер, жжение, парестезии, их стойкость, локализация, время появления и наибольшей интенсивности - днем, ночью).

Со стороны общего состояния (общая слабость, чувство разбитости, быстрая утомляемость, плохоеобщее самочувствие).

Со стороны мочеполовой системы, у венерическихбольных выделения изуретры, из влагалища, у женщин, боль, жжение, покалывания при мочеиспускании, частые позывы на мочеиспускание, боли при дефекации,сыпь на половых органах и т.д.

После жалоб больного, связанных сосновным заболеванием (кожным или венерическим), в истории болезни фиксируются выявленные у больного жалобы, зависящие от нарушенийдругихсистем и органов:

а) нервной системы - настроение (спокойное,угнетенное, и т.п.), раздражительность; плаксивость, апатия, сонливость, способность к умственной работе, профессиональная трудоспособность, память, сон (как быстро засыпает, чуткий или глубокий сон, сколько спит ночью и днем, самочувствие после сна),головные боли - когдавозникают, их локализация, интенсивность,половая слабость (у мужчин).

б) органов чувств: расстройство зрения, слуха, обоняния и вкуса;

в) со стороны сердечно-сосудистой системы (боли в области сердца, сердцебиение, похолодание конечностей и т.д.);

г) органов дыхания (нарушение носового дыхания, носовые кровотечения, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, астматические приступы и т.п.);

д) органов пищеварения (нарушение саливации, вкуса, аппетита, акта глотания, тошнота, рвота, отрыжка, изжога, запоры, поносы, отхождение гельминтов)

е) со стороны печени (боли в области печени, их частота, продолжительность, интенсивность);

ж) мочеполовой системы (боли в области почек, дизурические явления, суточный диурез).

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**(ANAMNESIS MORBI)**

**У БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗАМИ**

Выясняется, когда и при каких условиях впервые появилось данное заболевание, на каком участке первоначально возникла сыпь, какой она имела вид. С чем связывает больной появление данного заболевания. Что предшествовало его началу: охлаждение, инфекции, пищевые интоксикации, физические и психические травмы, отравления или контакт с химическими веществами, прием медикаментов, витаминов, анальгетиков. сульфаниламидов, антибиотиков, и т.п., либо контакт с профессиональными и бытовыми раздражителями (растворы никеля, хрома, смолы, охлаждающие эмульсии, мыла и т.д.).

Длительность первой сыпи, последовательность ее регрессии. Когда наблюдались обострения болезни, рецидивы (перечислите годы, месяцы прежних вспышек заболевания), с чем больной связывает появление этих вспышек или улучшение, исчезновение сыпи.

Что влияет отрицательно на течение заболевания - психические потрясения, переутомление, охлаждение, перегревания, времена года, прием алкоголя, пищи, медикаментов и т.п.

Обращался ли больной прежде за медицинской помощью, в какие учреждения, какие устанавливались диагнозы, проводилось ли общее и наружное лечение, его эффективность. Когда и сколько раз госпитализировался.

При обнаружении у больного заразного кожного заболевания (чесотка, микроспория, трихофития) надо указать, кто предположительно послужил источником инфекции, с кем был больной в контакте после заражения. В истории болезни перечисляются все члены семьи, ближайшие контакты в детских коллективах, друзья по играм, школе и т.п.

Здесь же указывается какие меры приняты для привлечения к обследованию и лечению источника инфекции и контактов, результаты их обследования.

**ANAMNESIS MORBI**

**БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ**

У больных сифилисом прежде всего выясняется дата появления первоначальных проявлений болезни и их локализация. Через сколько дней (недель) после полового (или неполового) контакта появились первые признаки заболевания: первоначальная эрозия (язва), сопутствующий склераденит, сыпь на коже и слизистых оболочках, их вид, распространенность, локализация, быстрота исчезновения. Выпадали ли волосы, сопровождались ли кожные сыпи расстройствами общего состояния больного и какими (общее недомогание, разбитость, головная боль, ночные боли в костях и т.п.).

Когда впервые обратился к врачу по поводу данного заболевания, в какое учреждение и какой ставился диагноз, какие были проведены лабораторные исследования (на обнаружение бледной трепонемы, серологические реакции, их результат). Какое лечение получил больной

Результаты лечения, его переносимость, имевшиеся осложнения.

Кроме того, у женщины выясняется количество 6еременностей и их исходы - роды в срок, преждевременные роды, мертворождение. Состояние здоровья родившихся детей в раннем детстве.

Припервичном, вторичном свежем и рецидивном сифилисе в истории болезни записываются фамилия, имя, отчество, возраст, адрес, место работы, а если это не известно, то особые приметы предполагаемого источника заражения, а также лиц, с которыми больной был в половом или бытовом контакте после заражения. И, наконец, принятые меры для привлечения их к обследованию, результаты последнего.

**ANAMNESIS MORBI**

**БОЛЬНЫХ ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ, ИППП**

Выясняется, когда возникли первые проявления болезни у больных гонококковой инфекции, ИППП, в чем они состояли. Развитие и течение болезни. Когда обратился к врачу. Какой был установлен диагноз.

Какие лабораторные исследования были проведены и их результаты.

Какое лечение проводилось, его эффективность. Болел ли гонококковой инфекцией, ИППП в прежние годы (месяцы), сколько раз (перечислить годы). Выдержал ли режим лечения, выполнил ли рекомендации врача. Проводилось ли обследование с целью установления излеченности.

Дата и место инфицируемого контакта. От кого заразился (паспортные данные или особые приметы предполагаемого источника инфекции), с кем и когда имел половое сношение после заражения гонореей, ИППП, с кем и при каких условиях был в бытовом контакте. Какие меры приняты для привлечения к обследованию источника инфекции и бытовых контактов больного.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

**(ANAMNESIS VITAE)**

Каким по счету родился больной. Развитие в раннем детстве (время начала ходьбы, речи, прорезывания и смены молочных зубов, ночное недержание мочи, отставание в физическом развитии и т.п).

В каком возрасте начал посещать школу, какие учебные заведения закончил, как успевал.

Начало трудовой деятельности, условия труда в различные периоды жизни, были ли профессиональные вредности и как они влияли на состояние здоровья данного больного. Какие условия работы в настоящее время, кем и где работает, в помещении или на открытом воздухе, имеются ли профессиональные вредности (газы, пыль, высокая, низкая температуры). Состояние рабочего места, влияние работы на самочувствие. Жилищные и бытовые условия в различные периоды жизни и в период настоящего заболевания. Пищевой режим. Вредные привычки (курение, употребление алкоголя, в каком количестве, как часто).

Перенесенные заболевания, начиная с раннего детства (какие, в каком возрасте), как они протекали, какой был исход, как они повлияли на общее состояние здоровья больного.

Психические травмы и состояние длительного психического перенапряжения в прошлом и в настоящее время. Идиосинкразии, повышенная чувствительность к определенным раздражителям. Переносимость различных лекарственных веществ. В случае непереносимости лекарственных препаратов необходимо детально расспросить больного о сроках развития аллергической реакции, особенностях течения, симптомах и включить в план обследования аллергические пробы (кожные пробы, иммуно-аллергические тесты и др.).

Время полового созревания (в каком возрасте начали формироваться половые признаки, когда появились: менструации, характер их в настоящее время). Начало половой жизни, сколько было беременностей и их исходы. Климакс, его начало, как протекал.

Наличие в семье и у ближних родственников нервно-психических заболеваний, алкоголизма, наркомании, туберкулеза, сифилиса, сосудистых и аллергических заболеваний. Наследственность, наличие аналогичных заболеваний в роду.

**Объективное исследование**

Общее состояние больного

Рост, вес, телосложение. Особое внимание следует уделить подробному описанию кожного покрова, то есть обстоятельная характеристика кожи как органа в частности (вне очагов поражения):

а) общая окраска - нормальная кожа имеет матовый блеск, не лоснится, отверстия сальных желез не расширены. Кожа может быть синюшной, желтой, темной;

б) рисунок и рельеф кожи - рисунок кожи в норме имеет вид бороздок и ромбических полей: он может быть выражен илинаоборот сглажен. Рельеф кожи повторяет строение тех органов и систем, которые она покрывает, он может быть изменен.

в) тургор - определяется путем ощупывания, пальпации, собирания кожи и подлежащих тканей в складку; тургор, может быть снижен и повышен;

г) эластичность - для определения эластичности кожа берется в складку, причем устанавливается степень ее растяжимости и быстрота возврата складки кожи в исходное положение; эластичность может быть снижена или повышена (гиперэластичная кожа).

Подробно описывается состояние кожных фолликулов (расширение их, закупорка, кератозы в устьях создают ощущение терки при поглаживании кожи).

Отмечается состояние волосяного покрова - пушковых, длинных и щетинистых волос. Они могут быть обломанными, тусклыми, поредевшими диффузно или очагово неизмененные.

Описываются ногти - в норме они матовые, гладкие, блестящие. При патологическом состоянии окраска их может измениться, поверхность становится исчерченной, истыканной, свободный край разрушается, развивается подногтевой гиперкератоз.

Влажность кожи определяется пальпацией и зрительно. В норме кожа умеренно влажная, не блестит. Влажность может быть повышенной или наоборот, сниженной, нередко кожа сухая.

Салоотделение определяется чистой белой бумагой в области носощечной складки. Если при проведении по коже остается жирный след на бумаге, значит имеется повышенное салоотделение.

Отмечается наличие акроцианоза - синюшно-красной окраски кожи дистальных отделов конечностей и их похолодание.

Большое внимание нужно уделить описанию следов прежде перенесенных заболеваний кожи: рубцов (пигментированных, депигментированных, атрофических, плоских), гипер- и гипопигментаций. Необходимо указать их локализацию, размер и внешний вид. Наряду с этим, описываются невусы (пигментные, сосудистые, гипертрофические, линейные и др.).

Четко и кратко характеризуется общее состояние больного, степень развития подкожного жирового слоя (пониженная, удовлетворительная, повышенная). Периферические лимфатические узлы (шейные, над- и подключичные, подмышечные, кубитальные, паховые, бедренные) их размер, консистенция, подвижность.

Опорно-двигательный аппарат. Тонус и сила мышц.

Органы дыхания: состояние грудной клетки, данные перкуссии, аускультации.

Пульс, его частота, наполнение, ритмичность, артериальное давление.

Сердце: границы, тоны.

Желудочно-кишечный тракт: аппетит, стул, состояние слизистой ротовой полости, языка, зубов.

Органы брюшной полости: поверхностная и глубокая пальпация, размеры печени, селезенки.

Мочеполовая система: дизурия, симптом Пастернацкого.

Нервная система: величина, форма зрачков, реакция их на свет, конвергенция, аккомодация, движение глазных яблок. Мимическая иннервация. Сухожильные, периостальные и кожные рефлексы. Чувствительность кожи поверхностная (тактильная, болевая, температурная) и глубокая (мышечно-суставное чувство), статика и координация движений.

Вегетативные рефлексы: дермографизм, мышечно-волосковый рефлекс.

Аллергическая реактивность определяется при показании в отношении химических раздражителей, лекарственных, в том числе и вакцинных препаратов, пищевых веществ, бактериальных и других предполагаемых аллергенов.

Состояние эндокринной системы. Щитовидная железа: увеличение (пальпаторно), экзофтальм, тремор рук и другие проявления тиреотоксикоза либо микседемы. Надпочечники: пигментация кожи, слабость, утомляемость и другие проявления гипокортицизма.

Половые железы (вторичные половые признаки): развитие грудных желез, либидо, распространение волос на лобке, подмышечных впадин, на лице, степень их развития.

**Описание пораженной кожи у больных дерматозами**

Локализация сыпи: область максимального высыпания. Симметричность или асимметричность сыпи, ее группировка, слияние. Морфологический анализ сыпи: определение первичных и вторичных элементов, их размер, цвет, границы, очертания, форма, поверхность, консистенция (глубина залегания), последовательное развитие (эволюция) сыпи, исход. При наличии сливных, крупных очагов описывается их локализация, количество, размер, цвет, очертания, форма, консистенция и т.п.

Описание наружных проявлений кожных болезней производится последовательно сверху вниз в следующем порядке: голова, шея, грудь, живот, спина, ягодицы, верхние и нижние конечности.

**Описание поражений кожи у больных сифилисом.**

При первичном сифилисе описывается локализация. Количество первичных сифилидов (эрозивных, язвенных), их размер, цвет, границы, очертания, форма, поверхность, края, дно, уплотнение в основании, отделяемое, наличие лимфангоита и регионального склераденита, состояние других периферических лимфатических узлов. Описывая больных вторичным сифилисом, следует отметить вид морфологических элементов (розеола, папула, пустула и т п.), их размер, цвет, очертания, форму, поверхность, локализацию, распространенность, наличие группирования. Указать особенности сыпи на различных участках кожного покрова: на туловище, конечностях, ладонях, подошвах. Описать изменения пигментации (лейкодерма), волос (алопеция), высыпания на слизистых оболочках. Состояние лимфатических узлов, наличие остатков твердого шанкра или сопутствующего бубона.

**Описание локального статуса у больных гонококковой инфекцией.**

Данные осмотра наружных половых органов. Состояние наружного отверстия и губок уретры у мужчин; наличие выделений, их цвет, количество выделений из уретры. Осмотр двух порций утренней мочи (двухстаканная проба).

Данные пальпации уретры, яичек, их придатков, куперовых и предстательной (только при хронической гонорее) желез, семенных пузырьков. Уретроскопическая картина при хронической гонорее. У женщин описывают характер выделений из уретры, полученных при массаже последней.

Состояние парауретральных (скеновых) ходов, бартолиновых желез, шейки матки, вид выделений из влагалища и шейки матки. Результаты бимануального исследования матки и ее придатков, данные осмотра ануса.

**План лабораторного исследования**

(согласовывается с преподавателем)

*А. Обязательные общие исследования.*

Общий анализ крови и мочи, исследования кала на яйца гельминтов, рентгеноскопия органов грудной клетки, серореакции на сифилис.

*Б. Дополнительные исследования*

1. Исследования, которые производятся в лаборатории по назначению лечащего врача или студента-куратора:

а) у больных хроническими рецидивирующими и тяжелыми дерматозами в зависимости от показаний производится:

исследование желудочного сока. антитоксической функции печени, гликемической кривой, белкового состава сыворотки крови. 17-оксистероидов и 17-кетостероидов в суточной моче и крови, иммуно-аллергологические и электрофизиологические исследования;

б) у больных первичным активным сифилисом производится исследование отделяемого твердого шанкра и при необходимости пунктата региональных лимфатических узлов на бледную трепонему, серологические реакции крови; при вторичном свежем, рецидивном и третичном сифилисе —серологические реакции крови. До начала первого курса лечения у больных исследуется также спинномозговая жидкость (по показаниям);

в) у больных дерматомикозами - исследование на грибы (микроскопическое и культуральное). Материалом для исследования служат покрышки пузырьков, частицы эпидермиса, чешуйки из очагов, пушковые волосы, ногтевые срезы. Материал наносят на предметное стекло, заливают 1-2 каплями 10 % раствора едкого калия или натрия, подогревают, покрывают покровным стеклом и после просветления рассматривают под малым и большим увеличением микроскопа. Для получения культуры грибков производят посев патологического материала на среды Сабуро;

г) у больных чесоткой - лабораторное обнаружение чесоточного клеща или его яиц и экскрементов. Лезвием безопасной бритвы срезают эпидермис вместе с чесоточными элементами, кладут на предметное стекло, заливают 1-2 каплями 30 % раствора едкого калия или натрия, подогревают, покрывают покровным стеклом и затем рассматривают под малым и большим увеличением микроскопа;

д) при аллергических дерматозах определяют чувствительность кожи к предполагаемому аллергену - химическим веществам, которые в виде спиртовых растворов испытываются при помощи описанных выше капельных и других проб и бактериальным антигенам (стафилококковой, грибковой вакцинам и т.п.), которые вводятся внутрикожно;

с) у больных гонококковой инфекцией исследуется отделяемое из уретры, нити и хлопья из мочи на гонококки. У мужчин, больных гонококковой инфекцией, при установлении излеченности исследуют секрет простаты, семенных пузырьков, у женщин - отделяемое уретры, парауретральных ходов. бартолиновых желез, шейки матки и слизи из прямой кишки на гонококки. Окрашенные метиленовым синим и по Граму препараты исследуют под микроскопом. Во всех случаях гонореи у мужчин, женщин и детей производят посев на гонококки, для определения их биохимической активности и чувствительности к антибиотикам.

**Диагноз.**

1 Предварительный диагноз.

Необходимо учитывать жалобы больного, данные анамнеза и объективного обследования.

Предварительный диагноз обосновывается подробно с указанием всех данных, подтверждающих данный диагноз: характер жалоб, течение болезни, локализация высыпаний, характерные для этого диагноза первичные и вторичные морфологические элементы (размеры, цвет, глубина, взаиморасположение и т.п.). Указываются подтверждающие дополнительные диагностические приемы, а также лабораторные данные (обнаружение грибка, чесоточного клеща, спирохеты, гонококка, эозинофилия в содержимом пузырьков и др.).

Принимаются во внимание не только симптомы поражения кожи, но и патологические изменения, выявленные при обследовании суставов, внутренних органов и систем, на фоне которых развивается заболевание кожи.

2. Дифференциальный диагноз.

В первую очередь необходимо продумать при каких еще заболеваниях имеются первичные морфологические элементы, выявленные у курируемого больного.

Следует сопоставить жалобы, данные анамнеза, особенности объективных данных, локализации, взаиморасположения высыпаний, характеристику первичных и вторичных морфологических элементов (глубина, форма, цвет, консистенция, края, границы и др.) при этих заболеваниях с характерными признаками, обнаруженными при обследовании курируемого больного.

Необходимо провести подробный разбор этих признаков, указывая сходные и отличительные их черты при заболеваниях, с которыми проводится дифференциальный диагноз. Следует также учитывать данные лабораторных и других методов исследования, а при заразных кожных и венерических болезнях - эпидемиологический анамнез, результаты обследования контактных лиц. При проведении дифференциального диагноза данные обследования необходимо излагать в повествовательной форме путем их сопоставления. Дифференцировать следует с двумя и более заболеваниями. Дифференциальный диагноз пишется отдельно с каждым из них и в конце указывается исключено ли другое заболевание.

3.Заключителный клинический диагноз.

Клинический диагноз выставляется развернутый: в нем должны найти отражение форма, стадия, локализация заболевания, осложнения, сопутствующие заболевания.

**Лечение** Общее и наружное лечение, которое необходимо провести данному больному на момент курации, в виде рецептов с обоснованием. Указать необходимое физиотерапевтическое лечение, диету, рекомендации по соблюдению режима.

**Дневники** Записывается дата курации, отражается самочувствие больного, состояние физиологических отправлений, изменения в клинической картине поражения кожи и ее придатков, слизистых оболочек, а также назначенные препараты (их дозы, количество приемов, переносимость и т.п.) и физиотерапевтические процедуры.

**Эпикриз**

В этом разделе дается заключение о пребывании больного в клинике. В нем указывается, в каком состоянии и с какими явлениями поступил больной, какой и на основании каких данных был установлен диагноз. Подробно указывается о проведенном лечении, последовательности регрессии клинических проявлений заболевания.

Дается оценка переносимости и эффективности проведенного в целом и применявшихся отдельных препаратов.

Указываются клинические особенности заболевания у наблюдаемого больного. Даются рекомендации о дальнейшем лечении, профилактике рецидивов, режиме,диете, трудоустройстве, диспансеризации, санитарно-курортномлечении.

**Прогноз**

У данного больного записывается «Для выздоровления», «Для жизни», «Для трудоспособности».

**Список используемой литературы.**

**Перечень тем рефератов для самостоятельной работы**

1. Алопеция
2. Акне
3. Лепра
4. Реактивный артрит в практике врача дерматовенеролога
5. Фавус
6. Патомимии
7. Узелки доильщиц
8. Препараты для лечения грибковых инфекций
9. Андрогензависимые дерматопатии
10. Серодиагностика сифилиса
11. История развития венерологии
12. Розацеа
13. Туберозный склероз
14. Кольцевидная гранулема
15. Пустулезный псориаз

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль №1** Общая дерматология. Неинфекционные заболевания кожи.

**Тема 1.** Анатомия, гистология кожи. Патогистология. Морфологические элементы. Методика обследования кожного больного. Основные принципы лечения кожных больных.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(тестирование, устный, решение проблемно-ситуационных задач).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Вопросы для устного опроса:

1. Морфология кожи.
2. Физиология и биохимия кожи.
3. Основные функции кожи.
4. Патогистология кожи.
5. Диагностика заболеваний кожи.
6. Методы исследования в дерматологии.
7. Эпилюминесцентная микроскопия (дерматоскопия и трихоскопия).
8. Принципы лечения.
9. Общее лечение (диетотерапия, седативная терапия, антигистаминные препараты, гормонотерапия, использование цитостатиков, витаминов, биологическая терапия, физиотерапия).
10. Наружное лечение (фармакологический принцип и принцип воздействия в глубину кожи).
11. Магистральная рецептура в дерматологии.

Тестовые задания

**Вариант 1.**

1. Эпидермис включает следующие слои:

а) базальный г) шиповатый

б) зернистый д) сосочковый

в) блестящий е) роговой

2. Нормальный цвет кожи зависит от:

а) меланина г) оксигемоглобина

б) каротина д) редуцированного гемоглобина

в) билирубина

3. Рубцовая атрофия кожи характерна для:

а) псориаза

б) экземы

в) красной волчанки

г) дерматита

4. Кортикостероиды:

а) ускоряют в организме распад белков

б) уменьшают выделение азотистых продуктов с мочой

в) ослабляют выработку антител

г) повышают артериальное давление

д) повышают образование тромбина

е) уменьшают воспалительные реакции

5. Побочные явления при лечение кортикостероидами:

а) накопление жира

б) повышение свертываемости крови

в) склонность к геморрагиям

г) обострение туберкулеза и других инфекций

д) уменьшение калия в организме

е) понижение сахара в крови

6. Кортикостероидная общая терапия показана для временного применения в комплексе с другими методами точения при тяжелых формах дерматозов:

а) тяжелой токсидермии г) тяжелом геморрагическом диатезе

б) эритродермии д) саркоидозе

в) артропатическом псориазе

7. Дерма представлена

а) коллагеновыми волокнами

б) межуточным веществом

в) подкожно-жировой клетчаткой

г) роговым слоем

д) блестящим слоем

8. Кожа выполняет следующие функции:

а) иммунную

б) двигательную

в) секреторную

г) обонятельную

д) опорную

9. Чувство холода и тепла воспринимается

а) тельцами Руффини

б) тельцами Фаттер-Пачини

в) колбами Пазини-Пиерини

г) свободными нервными окончаниями

д) колбами Краузе

10. Резорбционные свойства кожи снижены

а) при воспалительных изменениях

б) на себорейных участках

в) в местах физиологического гиперкератоза

г) в местах с тонким роговым слоем

д) в детском возрасте

**Вариант 2.**

1. К первичным элементам сыпи относятся:

а) пятно

б) узел

в) язва

г) эрозия

д) экскориация

2. К вторичным элементам сыпи относятся:

а) язва

б) пузырь

в) трещина

г) эрозия

д) корка

3. Различают следующие разновидности пятен:

а) воспалительные

б) лентикулярные

в) пигментные

г) каплевидные

д) нумулярные

4. В волосе различают

а) стержень

б) стекловидное вещество

в) корень

г) клетки Меркеля

д) коллагеновые волокна

5. Сальные железы характеризуются следующими признаками:

а) по типу секреции - эккриновые

б) по строению - трубчатые

в) располагаются на ладонях

г) выделяют жир

д) по строению – альвеолярные

6. Основные функциями кожи являются:

а) защитная

б) терморегуляции

в) экскреторная

г) эндокринная

д) зрительная

7. Для бугорка характерно

а) отсутствия полости

б) истончение всех слоев кожи

в) утолщение всех слоев кожи

г) разрешение с образованием рубца или рубцовой атрофии

д) разрастание сосочков дермы

8. К вторичным элементам сыпи относятся:

а) пузырь

б) гнойничок

в) корка

г) чешуйка

д) пятно

9. Лихенификация - это

а) бесполостное уплотнение кожи в пределах гиподермы

б) полость, заполненная гноем

в) дефект кожи линейной формы

г) утолщение, усиление нормального ее рисунка

д) истончение всех слоев кожи

10. Эрозии предшествует

а) узел

б) бугорок

в) волдырь

г) пузырь

д) язва

Ситуационные задачи

**Задача 1.**

На прием к дерматологу обратилась женщина 42 лет с жалобами на появление после нервного потрясения обильной сыпи, сопровождающейся зудом. Больна 10 дней. При осмотре: на коже туловища, передней поверхности голеней имеются многочисленные плоские высыпания полигональной формы, синюшно – красного цвета, с гладкой блестящей поверхностью, с пупковидным вдавлением в центре. Выставлен диагноз: красный плоский лишай.

1. Дайте определение описанному элементу сыпи.

2. Какой основной гистопатологический процесс характерен для папул при этом заболевании?

Ответ:

1. Папула является первичным бесполосным морфологическим элементом, представляющая собой ограниченное возвышенное уплотнение кожи.

2. Основной гистопатологический процесс, наблюдающийся при красном плоском лишае – гранулез.

**Задача 2.**

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

1. Дайте определение описанному морфологическому элементу сыпи.

2. На основании каких данных устанавливается диагноз кожного заболевания?

**Задача 3.**

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

1. Назовите субъективные и объективные симптомы болезни.

2. Назовите, что могло стать причинным фактором для возникновения дерматоза?

**Задача 4.**

Больная 40 лет доставлена в больницу с жалобами на внезапное появление высыпаний на коже лица, туловища, конечностей, сопровождающихся сильным зудом. Со слов больной, накануне она ела апельсины. Объективно: патологический процесс носит распространенный характер. Высыпания представлены возвышающимися над поверхностью кожи островоспалительными отечными ярко-красными элементами различной формы, образующими кольца, дуги. После подкожной инъекции 0,5 мл 0,1% раствора адреналина и внутривенного введения 30 мг преднизолона сыпь бесследно исчезла.

1. О каких морфологических элементах можно думать?

2. Можно ли назвать подобную сыпь папулезной?

3. Какой патогистологический феномен лежит в основе развития данных элементов?

**Задача 5.**

На прием к дерматовенерологу обратился больной с жалобами на появление сыпи в области грудной клетки, верхних конечностей, шеи. При осмотре выявлено, что сыпь имеет ярко-розовую окраску, не возвышается над уровнем кожи, поверхность элементов слегка шелушится. Размеры высыпаний варьируют от 0,5 до 1 см в диаметре. При надавливании элементы сыпи исчезают, затем снова появляются на том же месте.

1. О каких морфологических элементах идет речь?

2. Какой механизм лежит в основе формирования подобных высыпаний?

**Задача 6.**

У подростка 16 лет, лечившегося в стационаре по поводу конглобатных угрей, на коже лица, спины выявлены округлые и неровные образования, выступающие над поверхностью кожи, лишенные кожного рисунка и волос.

1. Какие морфологические элементы имеются у больного?

2. К первичным или вторичным их следует отнести?

Ответ:

1. На коже у больного имеется рубцовая атрофия.

2. Рубцовая атрофия относятся к вторичному морфологическому элементу, образующейся на ранее не поврежденной коже.

**Задача 7.**

После попадания кипятка у женщины 25 лет на коже левой кисти появился крупный полостной элемент, заполненный серозной жидкостью. Отмечается резкая болезненность. Пальпаторно элемент плотный, напряженный.

1. Какой это морфологический элемент?

2. Что лежит в основе его развития?

**Тема 2.** Псориаз. Красный плоский лишай. Розовый лишай. Этиопатогенез, клиника, диагностика, профилактика, лечение. Курация больных.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(тестирование, устный, решение проблемно-ситуационных задач).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Вопросы для устного опроса:

1. Этиопатогенез псориаза.
2. Классификация, особенности клинических проявлений псориаза.
3. Диагностика, дифференциальный диагноз и принципы лечения псориаза.
4. Физиотерапевтические методы лечения псориаза.
5. Этиопатогенез, клиника, классификация, принципы лечения, профилактики красного плоского лишая.

6. Этиопатогенез, клиника, классификация, принципы лечения, профилактики розового лишая Жибера.

Тестовые задания

**Вариант 1.**

1.В терапии красного плоского лишая могут применяться:

а) делагил

б) преднизолон

в) парацетамол

г) димедрол

д) все перечисленные

2. Выберите наиболее типичную локализацию сыпи при красном плоском лишае:

а) лицо

б) волосистая часть головы

в) передняя поверхность предплечий

г) задняя поверхность предплечий

д) ладони и подошвы

3. Для псориаза наиболее характерным является:

а) мономорфность сыпи

б) ярко-розовый цвет высыпаний

в) наслоение серебристо-белых чешуек

г) тенденции к периферическому росту и слиянию

д) все выше перечисленное верно

4. Наиболее характерно для псориаза является локализация высыпаний:

а) на лице

б) на сгибательных поверхностях предплечий

в) на локтях и коленях

г) на туловище

д) на ладонях и подошвах

5. Выберите типичные признаки папул при красном плоском лишае

а) полигональные очертания

б) восковидный блеск

в) пупкообразное вдавление в центре

г) коническая форма

6. Кроме кожи при красном плоском лишае могут поражаться:

а) суставы

б) слизистые оболочки

в) волосы

г) ногти

7. Наиболее характерной для псориаза является локализация высыпаний:

а) на лице

б) на сгибательных поверхностях предплечий

в) на локтях и коленях

г) на туловище

д) на ладонях и подошвах

8. Что является общим для типичного случая псориаза и красного плоского лишая?

а) наличие папул

б) нестерпимый зуд

в) локализация на передней поверхности конечностей

г) поражение слизистых оболочек

д) артралгия

9. Какой первичный элемент при красном плоском лишае?

а) пятно

б) папула

в) бугорок

г) пузырек

д) волдырь

10. При псориазе возможно поражение всего перечисленного, кроме

а) кожи

б) суставов

в) слизистых оболочек

г) волос

д) ногтей

**Вариант 2.**

1. Высыпания на коже при псориазе состоят как правило из

а) лентикулярных папул

б) пузырьков

в) бугорков

г) узлов

д) волдырей

2. Клиническими разновидностями псориаза являются

а) дискоидная

б) артропатическая

в) скутулярная

г) импетигинозная

д) хроническая язвенная

3. При поскабливании псориатической папулы наблюдаются:

а) феномен стеаринового пятна

б) симптом яблочного желе

в) симптом Никольского

г) симптом зонда

д) феномен Кебнера

4. При зимней норме псориаза с профилактической целью в сентябре-октябре рекомендуется назначить:

а) резохин, делагил

б) общее УФО, поливитамины

в) гризеофульвин

г) стафилококковый анатоксин

5. Характерными признаками поражения ногтей при псориазе являют

а) симптом наперстка

б) кровоизлияния под ногтем

в) паронихия

г) атрофическая ониходистрофия

д) гипертрофическая ониходистрофия

6.Основные гистопатологические изменения при псориазе

а) паракератоз

б) акантолиз

в) гранулез

г) гипергранулез

д) акантоз

7. Прогрессирующая стадия псориаза характеризуется

а) появлением мелких папул, окруженных по периферии красным

венчиком

б) наличием крупных инфильтрированных бляшек с обильным

шелушением

в) наличием депигментированных пятен после рассасывания

папул

д) наличием язв

8. Дифференцировать псориаз ладоней и подошв следует с

а) пузырчаткой

б) стрептококковым импетиго

в) папулезным сифилидом

г) опоясывающим лишаем

д) отрубевидным лишаем

9. УФО и летние курорты летом показаны больным с

а) прогрессирующей стадией псориаза

б) летней формой псориаза

в) зимней формой псориаза

д) псориатической эритродермией

г) пустулезной формой псориаза

10. Для наружного лечения псориаза применяются следующие препараты

а) анилиновые красители

б) синтомициновый линимент

в) бура в глицерине

г) фунгицидные лаки

д) 3 % серная, 2 % салициловая мази

Ситуационные задачи

**Задача 1.**

Больная 30 лет, предъявляет жалобы на появление высыпаний, сопровождающихся интенсивным зудом. Считает себя больной в течение 10 дней. Причину появления сыпи указать не может. Принимала димедрол, но эффекта от лечения не отмечала. Объективно: на коже сгибательных поверхностей предплечий, голеней определяются мелкие блестящие папулезные элементы фиолетово-синюшного цвета, на голенях с незначительным блеском на поверхности папул. Форма папул полигональная, в центре пупковидное вдавление.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

3. Принципы лечения?

Ответ:

1. Предполагаемый диагноз – красный плоский лишай.
2. Дифференциальный диагноз необходимо провести с псориазом, вторичным сифилисом.
3. Для лечения необходимо применить антибактериальные препараты, антигистаминные, гипосенсибилизирующие, препараты хинолинового ряда для системной терапии. В качестве наружной терапии будут использоваться топические кортикостероиды.

**Задача 2.**

На прием к врачу обратилась женщина 20 лет с жалобами на появление высыпаний на передней поверхности предплечий, сопровождающихся зудом. Больна 2 недели. Появление сыпи связывает с сильным эмоциональным стрессом. Высыпания представлены многочисленными папулами полигональных очертаний фиолетово-синюшного цвета с восковидным блеском, образующих местами небольшие бляшки, поверхность которых напоминает булыжную мостовую, в центре папул пупкообразное вдавление.

1. О каком заболевании можно думать?

1. Какой диагностический феномен может подтвердить предполагаемый диагноз?

2. Какое лечение требуется назначить больной?

**Задача 3.**

Больной 25 лет. Жалуется на появление сыпи, сопровождающейся умеренным зудом. Болен в течение 3-х недель, когда после переохлаждения на коже груди заметил одно пятно. После мытья в душе через несколько дней появилась обильная сыпь на других участках кожи. Объективно: на коже передней стенки грудной клетки имеется округлое пятно красного цвета размером 2х4 см с явлениями шелушения. На коже туловища, шеи, верхних конечностей, бедер определяется множественная сыпь в виде овальных и неправильной формы пятен розового цвета размером до 2-х см в диаметре. Пятна располагаются по линиям натяжения кожи, в центре пятен шелушения по типу смятой папиросной бумаги.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. С какими болезнями надо провести дифференциальную диагностику?

3. Назначьте лечение.

**Задача 4.**

На прием к дерматологу обратилась мама с ребенком 12 лет с жалобами на распространённые высыпания, субъективно ничем не сопровождающиеся. У ребенка при осмотре обнаружены на разгибательной поверхности верхних конечностей, волосистой части головы и туловища множественные папулы красноватого цвета, с четкими границами, покрытые чешуйко-корками.

1. Ваш предполагаемый диагноз.

2. Какие дополнительные исследования следует провести для постановки

окончательного диагноза?

3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

**Задача 5.**

На прием к венерологу обратился мужчина 32 лет с жалобами на высыпания на головке полового члена, которые он заметил около 5 дней тому назад. Указывает на случайный половой контакт около 1,5 месяцев тому назад. При осмотре сыпь представлена папулами белесовато-розового и перламутрового цвета, местами, имеющими кольцевидную форму. Паховые лимфатические узлы не увеличены. Высыпания вызывают небольшой зуд.

1. Какие заболевания можно предполагать у данного больного?

1. Какие исследования нужно провести для уточнения диагноза?

**Задача 6.**

Больной 27 лет, предъявляет жалобы на высыпания на коже волосистой части головы и поражение ногтей. Болен 2 года. Схожей болезнью страдает отец. Объективно: на коже затылочной области волосистой части головы имеются две бляшки диаметром около 5 см., инфильтрированы, с четкими границами, шелушением по всей поверхности. Ногтевые пластинки кистей тусклые, с точечными вдавлениями в виде наперстка.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Принципы лечения?

**Задача 7.**

В стационар кожно-венерологического диспансера поступил больной 24 лет с жалобами на поражение всего кожного покрова. Болен в течение 7 лет, неоднократно лечился стационарно, и амбулаторно. В летнее время отмечает улучшение состояния кожи. Причиной последнего обострения считает, нервное перенапряжение. Объективно: весь кожный покров, включая лицо, равномерно гиперемирован. Кожа малоподвижная, с трудом берется в складку ввиду выраженной инфильтрации. На поверхности всего кожного покрова имеется большое количество крупнопластинчатых и отрубевидных чешуек. На коже ладоней и стоп множество глубоких трещин. Отмечается поражение всех ногтевых пластинок, которые утолщены, легко крошатся у свободного края, а также сильное поредение волос. Температура тела 37,8°С.

**Тема 3.** Аллергодерматозы (дерматиты, токсидермии, экзема, профессиональные заболевания кожи химической этиологии). Нейродерматозы (кожный зуд, почесухи, крапивница, атопический дерматит). Этиопатогенез, клиника, диагностика, профилактика, лечение. Курация больных.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(тестирование, устный, решение проблемно-ситуационных задач).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Вопросы для устного опроса;

1. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика экзем.

2. Принципы лечения экземы.

3. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение дерматитов.

4. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение почесух.

5. Дифференциальный диагноз взрослой и детской почесух.

5. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение крапивницы.

6. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение атопического дерматита.

7. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальный диагноз кожного зуда.

8. Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения токсикодермий.

9. Этиопатогенез, клиника, дифференциальный диагноз профессиональных заболеваний химической природы.

Тестовые задания

**Вариант 1.**

1. Характерные признаки экземы:

а) высыпание мелких нестойких пузырьков

б) точечность первичных и вторичных элементов

в) очаговый спонгиоз

г) полиморфноклеточная инфильтрация

д) функциональные изменения всей кожи

е) наклонность к рецидивам

2. Теории патогенеза экземы:

а) токсигенная г) аллергическая

б) эндокринная д) неврогенная

в) спонгиозная е) обменная

3. При развитии аллергического дерматита от стирального порошка уместны следующие рекомендации.

а) прекратить пользование стиральным порошком

б) внутрь - димедрол по 0.05 два раза в день

в) местно примочки из 2% раствора борной кислоты

г) внутрь-10% раствор хлористого кальция по 1 столовой ложке 3 раза в день

д) всё выше перечисленное верно

4. В результате какого внешнего воздействия может развиться простой дерматит?

а) ношение белья из синтетических тканей

б) применение мазей с антибиотиками

в) применение синтетических порошков для стирки белья

г) применение «теней» для окрашивания век

д) ничего из вышеперечисленного

5. Укажите наиболее эффективное лечебно-профилактическое мероприятие

дерматита:

а) климатотерапия

б) витаминотерапия

в) гипоаллергенная диета

г) кортикостероидная терапия

д) десенсибилизирующая терапия

6. Какие из перечисленных элементов сыпи встречаются при кожном зуде?

а) папулы

б) волдыри

в) эрозии

г) везикулы

д) экскориации

7. Укажите среди перечисленных морфологический элемент, характерный

для крапивницы:

а) папула

б) экскориация

в) пятно

г) волдырь

д) лихенификация

8. При каком заболевании встречается белый дермографизм?

а) крапивница

б) аллергический дерматит

в) истинная экзема

г) кожный зуд

д) атопический дерматит

9. В классификации экзем по клиническим формам чаще всего выделяют:

а) экзему микробную

б) экзему профессиональную

в) экзему истинную

г) экзему себорейную

д) всё выше перечисленное верно

10. В стадии мокнутия для наружной терапии экземы применяются только:

а) присыпки

б) кремы

в) пасты

г) примочки

д) взбалтываемые взвеси

**Вариант 2.**

1. Какие признаки характерны для истинной экземы?

а) нервно-аллергический характер процесса

б) длительное рецидивирующее течение

в) полиморфизм сыпи

г) обострения нередко без видимой причины

д) всё вышеперечисленное верно

2. В патогенезе экземы важную роль играют:

а) сенсибилизация

б) функциональные нарушения нервной системы

в) висцеропатия

г) генетическая предрасположенность

д) всё выше перечисленное верно

3. Какая из перечисленных стадий экзематозного процесса является наиболее ценной для подтверждения диагноза экземы?

а) крустозная

б) сквамозная

в) везикулёзная

г) мокнущая

д) эритематозная

4. Патогномоничными для экземы высыпными элементами являются:

а) корки, чешуйки

б) эритема, пустулы

в) микровезикулы

г) язвы

д) папулы

5. К Вам на прием обратился молодой человек с типичными явлениями аллергического дерматита на кистях (гиперемия, отечность, везикуляция), развившемся через 3 недели после того, как он начал работать на химиче­ском производстве. Какова Ваша тактика по отношению к данном больному

а) освободить его от работы;

б) направить на консультацию к профпатологу

в) назначить антигистаминные препараты

г) назначить витаминотерапию

6. Клинические проявления профдерматозов:

1) ожоги 4) меланодермии

2) прижоги "птичьи глазки" 5) эритродермии

6) онихомикозы 6)пиодермии банальные

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

1) пользование спецодеждой

2) выявление и лечение больных при профосмотрах

3) профотбор

4) санитарно-просветительная работа

8. Каковы принципы лечения и профилактики аллергических профессио­нальных дерматозов?

1) прекращение контакта с аллергеном

2) перевод на другую работу

3) назначение десенсибилизирующих препаратов

4) назначение местной противовоспалительной терапии

9. Какие пробы используются для подтверждения профессиональною ха­рактера заболевания кожи.

1) йодная проба Ядассона.

*2)* капельные пробы

3) йодная проба Бальцера

4) компрессионные пробы

10. Каковы особенности профессиональных стигм:

1) приводят к нетрудоспособности

2) не мешают трудовой деятельности

3) исчезают во время отпуска

4) свидетельствуют о приспособляемости организма

Ситуационные задачи

**Задача 1.**

Больная П., 50 лет, обратилась к врачу-дерматологу с жалобами на интенсивный зуд и папулезные высыпания, особенно на коже спины и конечностей, живота и ягодиц. Объективно: на коже разгибательных поверхностей рук, ног, живота, ягодиц локализуются лентикулярные папулы, плотной консистенции, полушаровидной формы, на верхушке которых имеется гемморрагическая корочка.

1. Предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика заболевания.
3. План обследования.
4. Назначьте лечение.

Ответ:

**Задача 2.**

Мать ребенка 10 месяцев обратилась к дерматологу по поводу высыпаний на коже. При объективном осмотре обнаружены папулы округлой формы, покрытые геморрагической корочкой, а некоторые папулы имели на верхушке везикулы, содержащие серозную жидкость. Сыпь преимущественно располагается на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей. Ребенок беспокойный, плачет, капризничает. Со слов матери, ребенок плохо переносит козеин коровьего и материнского молока.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза?

2. Какое лечение должен назначить врач?

**Задача 3.**

Больная М., 50 лет, обратилась к дерматологу с жалобами на постоянный выраженный зуд в области голеностопных суставов и половых органов, которые усиливаются при стрессовых ситуациях. При объективном осмотре обнаружено в центре очага поражения – грубая лихенификация, вокруг которой большое количество мелких папул, а по переферии очагов гиперпигментация.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Дифференциальная диагностика заболевания.

3. Назначьте лечение.

**Задача 4.**

Больная Ш. 25 лет обращалась к дерматологу с жалобами на красноту, болезненность в области шеи и нижней части лица. Больна 2 дня. Общее состояние удовлетворительное. На шее, подбородке, щеках кожа гиперемирована, немного отечна. Из анамнеза: у пациентки появился зуд и краснота кожи лица и шеи после того, как она надела пальто с черным крашеным меховым воротником. До этого подобного заболевания не было.

Вопросы:

1. Возможный диагноз?

2. Назначьте лечение.

3. Профилактика рецидива?

**Задача 5.**

Больная Я., обратилась к дерматологу с жалобами на поражение кожи шеи, груди, спины и умеренно выраженный зуд в очагах поражения. Считает себя больной в течение 4х месяцев. 5 месяцев назад больная начала применять новый дезодорант. Пользуется им ежедневно до настоящего времени. Мазь синафлан, которую пациентка использовала для лечения, приносила кратковременный положительный эффект.

Дерматологический статус: на коже шеи, груди, спины имеются розовые пятна различных размеров, округлых очертаний; папулы, шелушение, расчесы, кровянистые корочки на поверхности очагов.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Лечение?

3. Прогноз?

Ответ:

**Задача 6.**

При обследовании рабочих автомобильного производства выявлено, что антикоррозийные ациклические аминосоединения нередко являются причиной дерматозов со следующей клинической картиной: высыпания располагаются на коже межпальцевых складок кистей, сгибательных поверхностях кистей предплечий, реже - на лице. При этом отмечаются эритематозные, сгруппированные папуло-везикулезные элементы, единичные эрозии, серозные корочки. Отмечается выраженная сухость кожи, мелкопластинчатое шелушение, образование поверхностных трещин, значительный зуд.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Лечение?

3. Что может подтвердить профессиональный характер дерматоза?

4. Что является важнейшим для профилактики рецидивов?

**Задача 7.**

Больная Ш., 59 лет, санитарка, работает в отделении инфекционной больницы в течение 4 лет. Жалуется на поражение кожи правой руки в 3-ой межпальцевой складке, которая имеет красный цвет, роговой слой набухший, белесоватого цвета, беспокоит зуд и жжение.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Какие лабораторные исследования необходимы?

3. Назначьте лечение.

4. Рекомендации по трудоустройству.

**Тема 4.** Новообразования кожи. Предраковые дерматозы. Кожные проявления заболеваний внутренних органов.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(тестирование, устный, решение проблемно-ситуационных задач).*

Вопросы для устного опроса:

1. Классификация новообразований кожи.
2. Виды приобретенных невусов.
3. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение меланом.
4. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение базальноклеточной карциномы.
5. Классификация базальноклеточной карциномы.
6. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение плоскоклеточного рака кожи.
7. Предраковые заболевания кожи классификация.
8. Этиопатогенез, клиника, диагностика болезни Боуэна.
9. Этиопатогенез, клиника, диагностика эритроплазии Кейра.
10. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение кожного рога.

**Вариант 1.**

1. К меланоцитарным новообразованиям кожи относят:

1. Голубой невус

2. Монгольское пятно

3. Акральную меланому

4. Невус Мейерсона

Варианты ответов:

1. А.

2. А, В.

3. Б, Г.

4. А, Б, В, Г.

2. К доброкачественным новообразованиям кожи эпителиального происхождения

относят:

1. Вульгарные бородавки

2. Базальноклеточный рак

3. Себорейную кератому

4. Кератоакантому

Варианты ответов:

1. А.

2. А, В.

3. Б, Г.

4. А, Б, В, Г.

3. Опухоль кожи, развившуюся из мягких тканей, называют:

1. Саркома

2. Карцинома

3. Меланома

4. Лейкоз

Варианты ответов:

1. А.

2. А, В.

3. Б, Г.

4. А, Б, В, Г.

4. Для злокачественной опухоли характерно:

1. Метастазирование

2. Отсутствие метастазирования

3. Прогредиентное течение

4. Хроническое рецидивирующее течение

Варианты ответов:

1. А.

2. А, В.

3. Б, Г.

4. А, Б, В, Г.

5. К эпителиальным злокачественным опухолям относятся:

1. Карцинома из клеток Меркеля

2. Базальноклеточная карцинома

3. Кератоакантома

4. Плоскоклеточный рак

Варианты ответов:

1. А.

2. А, В.

3. Б, Г.

4. А, Б, В, Г.

6. К злокачественным опухолям меланоцитарного генеза относят:

1. Меланому

2. Диспластический невус

3. Пигментную эпителиоидную меланоцитому

4. Пролиферативные узелки во врожденном меланоцитарном невусе

Варианты ответов:

1. А.

2. А, В.

3. Б, Г.

4. А, Б, В, Г.

7. Гало-невусы могут быть ассоциированы с:

1. Витилиго

2. Сколиозом

3. Пернициозной анемией

4. Гипогликемией

Варианты ответов:

1. А.

2. А, В.

3. Б, Г.

4. А, Б, В, Г.

8. Гало-невусы требуют проведения следующих обследований:

1. Общий анализ мочи

2. Осмотр в лучах лампы Вуда

3. Микроскопия соскоба на мицелий патогенных грибов

3. Биохимический анализ крови

Варианты ответов:

1. А.

2. А, В.

3. Б, Г.

4. А, Б, В, Г.

9. Диспластический невус характеризуют следующие признаки:

1. Часть образование имеет строение пятна

2. Неравномерная окраска

3. Неправильные очертания

4. Нечеткие границы

Варианты ответов:

1. А.

2. А, В.

3. Б, Г.

4. А, Б, В, Г.

**Вариант 2.**

1. Пограничный пигментный невус

1. проявляется пятном, реже папулой, округлой или овальной формы, с гладкой поверхностью,

2. равномерной пигментацией от желтоватого до коричневого цвета,

3. Волос, в том числе и пушковых, никогда не бывает

4. Характерна неравномерная окраска

5. Вокруг имеется зона депигментации

2. Невус Сеттона – это

1. периневоидная лейкодерма (периневоидное витилиго)

2. анемический невус

3. вторичная послевоспалительная ахромия

4. голубой невус

5. гладкий невус

3. Клинически выглядит в виде темно-коричневой, иногда почти черной папулы, куполообразной формы, напоминающей бородавку.

2. Редко достигает 1 см в диаметре.

3. Часто отмечается рост щетинистых волос

4. Характерна неравномерная окраска

5. Волос, в том числе и пушковых, никогда не бывает

4. Меланоцитарные невусы могут быть

1. Врожденными,

2. Возникать после рождения (приобретенные невоклеточные невусы, диспластические невусы).

3. Располагаться на любых участках кожи.

4. Некоторые меланоцитарные невусы обладают злокачественным потенциалом.

5. Разрешаться самостоятельно

5. Невус Сеттона представляет собой

1. Пигментный невус с периферической зоной гиперпигментации.

2. Клинически выглядит в виде темно-коричневой, иногда почти черной папулы, куполообразной формы, напоминающей бородавку.

3. Часто отмечается рост щетинистых волос

4. Коричневую папулу округлой или овальной формы, диаметром до 5 мм, окруженную депигментированным или гипопигментированным ободком по периферии.

5. Часто отмечается изъязвление

6. Синий (голубой) невус представляет собой

1. Полусферическое образование, выступающее над уровнем кожи, с четкой границей

2. Поверхность невуса мягкая, без волос, имеет вид туго натянутой кожи.

3. Цвет его голубой или синий, реже коричневый.

4. Врожденным он никогда не бывает и нередко впервые появляется после полового созревания.

5. В большинстве случаев синий невус является солитарным (единичным) образованием.

7. Невус Шпиц

1. Это доброкачественная меланоцитарная опухоль.

2. Характеризуется быстрым ростом до диаметра 1-2 см, длительным существованием (в течение многих лет) и спонтанной инволюцией.

3. Роста волос в области опухоли нет.

4. При минимальной травме отмечается кровоточивость.

5. Опухоль чаще единичная, круглой или куполообразной формы, с гладкой или бородавчатой поверхностью

8. Монгольское пятно

1. При гистологическом исследовании меланоциты обнаруживаются в дерме.

2. Присутствует с рождения более чем у 80% детей негроидной и монголоидной расы

3. Почти всегда локализуются в пояснично-крестцовой области, реже - на спине, ягодицах,

4. При гистологическом исследовании меланоциты обнаруживаются в эпидермисе

5. Существует в течение жизни

9. Диспластический невус

1. Это пигментированные пятна неправильной формы и с нечеткими границами

2. Крупнее обыкновенных родимых пятен, достигая 5–12 мм в диаметре;

3. Продолжают возникать даже после 35 лет.

4. Пятна округлой правильной формы с четкими границами

5. Присутствует с рождения более чем у 80% детей негроидной и монголоидной расы

10. Признаками озлокачествления меланоцитарного невуса являются:

1. Увеличение площади и высоты элемента

2. Усиление интенсивности пигментации

3. Возникновение пигментного венчика или элементов-сателлитов

4. Воспалительная реакция в невусе

5. Изъязвление невуса

Ситуационные задачи

***Задача 1***

На прием к дерматологу обратилась пациентка 72 лет с жалобами на наличие в области переносицы уплотнения кожи, сопровождающееся незначительным периодическим зудом. Впервые заметила изменения на коже переносицы около 2,5 лет назад. Появился единичный узелок плотноватой консистенции размером с просяное зерно, которое постепенно увеличивалось, в его центральной части стала появляться геморрагическая корочка, которая после отторжения обнажала кровоточащую эрозию. К врачам не обращалась, прижигала измененный участок кожи соком чистотела. При осмотре на коже переносицы в центре имеется овальной формы плотное образование размером 0,7×1,2 см с геморрагической корочкой в центре и «жемчужными» возвышающимися краями. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

*Поставьте диагноз, определите план обследования и лечения.*

***Задача 2***

На консультацию дерматовенеролога направлен пациент 79 лет с жалобами на боли в области стоп, отек ног. Больным себя считает около четырех лет, когда впервые заметил на стопах и на пальцах рук красновато-синюшного цвета пятна. К врачу не обращался. Со временем процесс начал распространяться, появились боли и отек ног. При осмотре на коже голеней, стоп, ладонной поверхности пальцев рук имеются симметрично расположенные (узлы в толще кожи, а также эритематозно-ангиоматозные пятна красновато-синего цвета, слегка инфильтрированные, с неправильными контурами. На подошвах имеются гиперкератотические ороговевшие образования. Ноги отечные.

*Поставьте диагноз, определите план обследования и лечения.*

***Задача 3***

На прием к дерматовенерологу обратился пациент 65 лет с жалобами на наличие язвы в области нижней губы, которая сопровождается выраженной болезненностью. Считает себя больным в течение четырех лет. Из анамнеза известно, что с подросткового возраста курит, работает каменщиком. Со слов пациента в летнее время нижняя губа краснела, отекала, шелушилась, образовывались трещины. В холодное время года эти явления регрессировали. Около года назад на коже нижней губы появился очаг, покрытый сероватой плотной корочкой, затем на этом фоне появилась язва. При осмотре: на нижней губе дефект размерами 1,0×1,5 см с бородавчатыми разрастаниями, которые по центру распадаются с образованием язвы, которая легко кровоточит. Края язвы неровные, подрытые. Дно ее покрыто грязно-желтыми корочками, неровное. Вокруг язвы определяется инфильтрат. Подчелюстные лимфатические узлы величиной с вишню, плотной консистенции, малоподвижные.

*Поставьте диагноз, определите план обследования и лечения.*

*Какое заболевание предшествовало новообразованию и какие факторы явились провоцирующими?*

***Задача 4***

На прием к дерматовенерологу обратился пациент 64 лет с жалобами на высыпания на коже лица, болен около 3 лет. Из анамнеза известно, что в весенне-летний период отмечается ухудшение заболевания. Объективно: на коже кончика носа имеются единичный узелок бледно-розового цвета с гладкой поверхностью и телеангиэктазиями, диаметром 0,3 см и рассеянные пятна розового цвета с нечеткими границами, неровных очертаний, на поверхности которых имеются плотные сероватые чешуйки.

*Поставьте диагноз, определите план обследования и лечения.*

***Задача 5***

На прием к дерматовенерологу обратилась пациентка 68 лет с жалобами на высыпания на коже лица, с локализацией в области лба, крыльев носа и скуловых областей, которые субъективно сопровождались умеренным периодическим зудом. Объективно: на коже лица эритематозно-сквамозные пятна с плотными с трудом отделяющимися чешуйками.

*Поставьте диагноз и укажите дополнительные методы исследования. Каков прогноз данного заболевания.*

***Задача 6***

На прием к дерматовенерологу обратилась пациентка 74 лет, с жалобами на новообразование кожи лба, существующее около 10 лет, которое медленно увеличивалось в размерах, на его поверхности образовывались геморрагические корки. При осмотре на коже правого лба новообразование в виде узла перламутрового цвета с телеангиэктазиями на поверхности, размеры 11х8х5 мм, в центре новообразования – гоморрагическая корка, при отделении которой определяется язвенная поверхность.

*Поставьте диагноз, определите план обследования и лечения.*

***Задача 7***

У женщины до беременности имелось образование, которое после родов из плоского, слегка выступающего пигментного пятна на коже голени до 0,8 см в диаметре превратилось в возвышающееся опухолевидное образование с венчиком гиперемии вокруг до 1,5 см, плотное с бугристой поверхностью.

*Предположите диагноз, какие методы исследования необходимы для его подтверждения? Какова тактика ведения пациентки?*

**Тема 5.** Локализованная склеродермия. Хроническая красная волчанка. Этиопатогенез, клиника, диагностика, профилактика, лечение. Курация больных. Рубежный контроль.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(тестирование, устный, решение проблемно-ситуационных задач).*

Вопросы для устного опроса:

1. Поражения кожи при болезнях соединительной ткани.
2. Классификация дерматозов (клиническая и по МКБ-Х).
3. Этиопатогенез, клинические особенности красной волчанки.
4. Этиопатогенез, клинические особенности склеродермии.
5. Вопросы дифференциальной диагностики красной волчанки.
6. Вопросы дифференциальной диагностики склеродермии.
7. Принципы лечения красной волчанки.
8. Принципы лечения склеродермии.
9. Принципы диспансерного наблюдения.

**Вариант 1.**

1. К провоцирующим факторам возникновения склеродермии относятся

все перечисленные, кроме

а) стрессов

б) охлаждения

в) нарушения липидного обмена

г) острых и хронических инфекционных заболеваний д) инсоляции

2. В патогенезе склеродермии имеет значение все перечисленное, кроме

а) функциональных нарушений фибробластов

б) прогрессирующего фиброза кожи

в) облитерирующего поражения артериол

г) нуклеофагоцитоза в костном мозге

д) изменения метаболизма коллагена

3. Различают все перечисленные формы склеродермии, кроме

а) дискоидной

б) системной

в) линейной

г) бляшечной

д) болезни белых пятен

4. Различают следующие стадии бляшечной склеродермии, кроме

а) уплотнения

б) прогрессирующей

в) воспалительного отека

г) атрофии

д) декомпенсаций

5. Клиническими проявлениями склеродермии является все перечисленное, кроме

а) уплотнения кожи в очагах

б) наличия лилово-розового бордюра по периферии очага

в) псевдоатрофического ободка Воронова

г) атрофии кожи в очагах

д) потери волос в очагах

6. Очаги бляшечной склеродермии чаще располагается во всех пе­речисленных областях, кроме

а) шеи

б) локтевых сгибов и подмышечных ямок

в) верхних конечностей

г) туловища

д) нижних конечностей

7. Для линейной склеродермии характерно все перечисленное, кроме

а) бесследного разрешения

б) линейного расположения

в) расположения по ходу нервных стволов

г) расположения на лбу с переходов на спинку носа

д) вовлечения в процесс костей, мышц и фасций

8. При склеродермии больные ощущают все перечисленное, кроме

а) чувства стягивания

б) зуда, усиливающегося ночью

в) незначительного зуда кожи

г) онемения

д) напряжения кожи

9. Для продромального периода системной склеродермии характерно все перечисленное, кроме

а) ощущения зуда кожных покровов

б) озноба

в) побледнения кожи конечностей

г) зябкости кистей

д) болей в мышцах и суставах

10. При склеродермии имеют место все перечисленные гистологические изменения, кроме

а) фибриноидной дегенерации соединительнотканных

компонентов б) утолщения стенок капилляров

в) гомогенизации коллагеновых волокон

г) истончения всех слоев кожи

**Вариант 2.**

1. Различают все перечисленные клинические формы красной вол­чанки, кроме

а) дискоидной

б) инфильтративной

в) диссеминированной

г) глубокой

д) поверхностной (центробежной эритемы)

2. Клиническая картина красной волчанки включает все перечислен­ные признаки, кроме

а) телеангиоэктазий

б) отека и уплотнения кожи в очагах

в) эритемы

г) фолликулярного гиперкератоза

д) рубцовой атрофии

3. К факторам патогенеза при красной волчанке относятся все перечисленные, кроме

а) образования циркулирующих антиядерных антител

б) повышенной потливости кожи

в) формирования циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)

г) отложения ЦИК в базальных мембранах

д) системного поражения соединительной ткани

4. Диагностическими признаками системной красной волчанки являются все перечисленные, кроме

а) обнаружения LE-клеток в крови

б) симптома Бенье-Мещерского

в) симптома "дамского каблука"

г) симптома Горчакова-Арди

д) симптома Хачатуряна

5. Для поверхностной формы красной волчанки характерно все перечисленное, кроме наличия

а) гиперкератоза в очагах

б) отечного эритематозного пятна

в) центробежного распространения очага

г) атрофии в очагах

д) верно а) и г)

6. К осложнениям дискоидной красной волчанки относится все пе­речисленное, кроме

а) рожистого воспаления

б) образования рубцовой атрофии

в) озлокачествления

г) перехода в системную красную волчанку

7. В системную красную волчанку чаще трансформируются следующие формы кожной красной волчанки

а) центробежная эритема

б) диссеминированная в) инфильтративная

г) глубокая

д) верно а), б), г)

8. Для острой системной красной волчанки характерно все перечисленное, кроме

а) возникновения без предшествующей хроническом формы

б) поражения сердца

в) поражения органов дыхания

г) отсутствия LE-клеток в крови

д) поражения органов пищеварения

9. Системная красная волчанка чаще наблюдается

а) в возрасте 18-40 лет

б) у пожилых

в) у девушек

г) у молодых женщин

д) верно а), в), г)

10. Для начала СКВ характерно все перечисленное, кроме

а) побледнения и похолодания кожи кистей

б) подъема температуры

в) болей в суставах

г) появления эритематозных участков кожи

д) появления буллезных и геморрагических элементов на коже

Ситуационные задачи

**Задача 1.**

Больной И., 50 лет, поступил в КВД с жалобами на поражение кожи лица, усиление гиперемии в очагах. Болен 2 года, заболел весной после работы на солнце (по профессии механизатор), когда на коже лица появились отечные пятна, долгое время не обращался к дерматологу, лечился самостоятельно различными мазями, отмечает ухудшение каждую весну, обратился к дерматологу по месту житель­ства, был направлен в стационар КВД. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Патологи­ческих изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Объективно: высыпания локализуются на коже лица в области щек и спинки носа, где имеются очаги, по форме напоминающие бабочку, размерами 4x5 см и 2x5 см с четкими, неровными границами. В центре очагов имеются участки рубцовой атрофии, по периферии - зона фолликулярного гиперкератоза и гиперемии застойно-синюшного цвета. На поверхности ­ очагов имеются участки с наличием чешуек серого цвета В центральной части очага кожа истончена, депигментирована, с множественными телеангиоэктазиями. Других высыпаний на коже и слизистых нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы необходимо применить для постановки диагноза.

2. Назначьте больному лечение.

3. Прогноз заболевания?

4. Каковы меры профилактики рецидивов?

**Задача 2.**

Больная К., 62 лет, поступила в стационар КВД с жалобами на наличие высыпаний на коже лица, общую сла­бость. Считает себя больной 4 мес. Заболевание началось с появ­ления красноты на коже лица, повышения температуры, болей в су­ставах, вскоре выпали волосы на голове, наступило резкое похуда­ние. По месту жительства лечилась антигистаминными препаратами, смазывала очаги поражения кортикостероидными мазями - без эффек­та. Больная была направлена в КВД с диагнозом экзема лица. При поступлении: питание понижено, волосы в лобной и теменной области выпали, кожа лица гиперемирована, отечна, особенно в области лба и вокруг глаз, на этом фоне рассеяны в большом ко­личестве плотно сидящие не коже белесоватые чешуйки. В детстве перенесла брюшной тиф, пневмонию, оперирована по поводу фибромиомы матки. Сопутствующие заболевания; атеросклеротический кардиосклероз, ишемическая болезнь сердца, деформи­рующий артрозоартрит коленных суставов. OAK: Нb 120 г/л, эр. 3,7х1012/л, л. 6,9х109/л, э. 2%, с. 69%, лимф. 25%*,*мон. 5%*.* СОЭ 45 мм/час. ОАМ в пределах нормы. В крови обнаружены в боль­шом количестве LE- клетки.

Вопросы:

1.Ваш диагноз?

2. Лечение?

3. Прогноз?

**Задача 3.**

Больная Б., 40 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на наличие поражения красной каймы губ и слизистой полости рта, которые появились летом после длительного пребывания на солнце. Больна 2 месяца, не лечилась, к врачу не обращалась. При осмотре в области красной каймы губ наблюдается наличие ограниченных очагов инфильтрации насыщенно-красного цвета, покрытых плотно сидящими беловато-серыми чешуйками. По периферии очагов имеются участки помутнения эпителия в виде полосок белого цвета. В центре очагов видны участки атрофии. На слизистой полости рта щек по линии смыкания зубов имеются воспалительные слегка инфильтрированные очаги с возвышающимися краями и слегка запавшим атрофированным центром. По периферии очагов – ороговение в виде белых нежных полосок типа «частокол». Под люминесцентной лампой определяется снежно-голубоватое свечение очагов поражения на красной кайме губ. Других высыпаний на коже и слизистых нет. Внутренние органы без патологии.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Дифференциальный диагноз?

3. Назначьте лечение больной.

4. Каков прогноз заболевания?

5. Меры профилактики обострения?

**Задача 4.**

Больная Б., 20 лет, обратилась в КВД с жалобами на неприятные ощущения типа легкого жжения, покалывания в области наружной поверхности правого бедра. Считает себя боль­ной с июня, когда на месте сильного удара волейбольным мячом появилась сиреневая полоса размером до 2см, постепенно увеличивающаяся. Не лечилась, кврачам не обращалась. Общее состояние удовлетворительное. Анализы крови, мочи, содержание сахара, холестерина, билирубина в крови - в пределах нормы. Объективно: на наружной поверхности верхней трети правого бедра имеется белесоватый очаг размерами до 4 см, плотный, окруженный сире­невой полосой до 0,3 см шириной, постепенно переходящей в неизмененную кожу. Других высыпаний на коже и слизистых нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Лечение?

3. Прогноз?

**Задача 5.**

Больная Б., 80 лет, пенсионерка, обратилась в КВД, с жа­лобами на появление участков уплотнения по всему кожному по­крову, жжение, зуд, затруднения при движениях в плечевых, локтевых, голеностопных суставах. 2года назад после трав­мы стало беспокоить чувство стягивания кожи, покалывания, преимущественно на боковых поверхностях туловища в пояснич­ной области. Появились участки уплотнения на коже плеч, пред­плечий, груди, живота, бедер, голеней, ограничение объема движений в суставах. Больная росла и развивалась нормально. Страдала частыми ангинами, перенесла воспаление легких, брюшной тиф. В настоящее время выявлена хроническая ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, артериальная гипертензия (II стадия), сахарный диабет (легкая степень). Замужем с 19 лет, 7 беременностей, 3 родов, 4 медицинских аборта. Менопауза с 55 лет. Общее состояние удовлетворительное. Рост 150 см., масса тела 68 кг. Периферические лимфатические узлы не увеличены, видимые слизистые бледно-розового цвета. Ограничен объем движений в плечевых, локтевых иголеностопных суставах. В легких ды­хание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, при­глушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сто­рон. Кожные покровы бледные. Подкожная жировая клетчатка вы­ражена умеренно. Кожа туловища, конечностей диффузно уплот­нена, отмечаются множественные спаянные с подлежащими тканями уплотненные участки. В области плечевого пояса имеется атрофия кожи, мышц. Пальпация очагов поражения без­болезненная. На участках уплотнения на плечах, груди, животе имеются полосы депигментации. Поражения внутренних органов не выявлено. ОАК и ОАМ, биохимия крови без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Лечение?

3. Прогноз?

**Задача 6.**

Больная Е., 31 год, обратилась в КВД с жалобами на уплотнение, чувство стягивания кожи правого бедра, появление сиреневатого пятна на животе. Больна полгода. Заметила сиреневато-красный очаг уплотнения на правом бедре. К врачу не обращалась. Очаг поражения постепенно увеличивался в размерах. За 2недели до обращения в РКВД появилось сиреневато-розовое пятно на животе. В детстве росла и развивалась нормально. Перенесла краснуху, часто болела ОРВИ. Общее состояние удовлетворительное. При физикальном исследо­вании патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. На латеральной поверхности правого бедра имеется очаг уплотнения кожи диаметром около 10 см счеткими границами, розово-красного цвета, округлой формы, правильных очертаний. По периферии очага имеется ободок шириной 1,5 см, нечетких очер­таний, сиреневого цвета, постепенно переходящий в неизмененную кожу. На коже нижней трети живота справа располагается очаг диаметром около 3 см, сиренево-красного цвета, постепенно переходящий в неизмененную кожу без нарушения плотности и эластич­ности. В общем и биохимическом анализах крови, анализе мочи патоло­гических изменений не обнаружено. При электрокардиографическом исследовании и рентгенологическом исследовании грудной клетки отклонений от нормы не выявлено.

Вопросы:

1. Диагноз?

2. Дифференциальный диагноз?

3. Назначьте лечение больной.

**Задача 7.**

У больного на коже верхней половины туловища отмечаются мелкие, слегка уплотненные белые пятна. Некоторые пятна слились друг с другом и образовали более крупные очаги полициклических очертаний. В окружности многих пятен обнаруживается лиловая каемка. На месте бывших пятен в отдельных очагах развилась атрофия кожи.

1. О каком диагнозе можно думать?

2. Проведите дифференциальный диагноз.

**Тема 6.** Пузырные дерматозы. (Истинная пузырчатка, герпитиформный дерматит Дюринга) Васкулиты. Этиопатогенез, клиника, диагностика, профилактика, лечение. Рубежный контроль.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(тестирование, устный, решение проблемно-ситуационных задач).*

Вопросы для устного опроса:

1. Классификация пузырных заболеваний.
2. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение истинной (акантолитическая) пузырчатки.
3. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение дерматоза Дюринга.
4. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение буллёзного пемфигоида Левера.
5. Классификация васкулитов кожи.
6. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение полиморфного дермального ангиита.
7. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение хронической пигментной пурпуры.
8. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение ливедо-ангиита.
9. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение узловатого ангиита.
10. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение узловато-язвенного ангиита.

**Вариант 1.**

1. Различают следующие разновидности пузырчатки:

а) листовидная и буллезная

б) вегетирующая и листовидная

в) вульгарная и веррукозная

г) вегетирущая и кольцевидная

д) себорейная и микробная

2. На коже у больных пузырчаткой имеются:

а) волдыри и пузыри

б) язвы и бугорки

в) пузыри и эрозии

г) трещины и атрофия

д) пятна и узлы

3. Для диагностики пузырчатки используются следующие

диагностические приемы:

а) проба Бальцера

б) симптом Асбо-Хансена в) проба Ядассона

г) исследование на акантолитические клетки со дна пузыря

д) верно б и г

4. Теории возникновения пузырчатки

а) токсико-аллергическая

б) вирусная

в) аутоиммунная

г) неврогенная

д) наследственная

5. Пузырчатку следует дифференцировать с

а) псориазом и КПЛ

б) дерматозом Дюринга и многоформно экссудативной эритемой

в) кандидозом и склеродермией

г) красной волчанкой и трихофитией

д) токсикодермией и фурункулезом

6. При диагностике пузырчатки имеет значение наличие симптомов:

а) Асбо-Хансена

б) Никольского

в) Бенье-Мещерского

г) «дамского каблука»

д) Горчакова-Арди

7. Акантолиз - это

а) расплавление межклеточных мостиков в шиповатом слое

эпидермиса

б) утолщение всех слоев кожи

в) разрастание сосочков дермы

г) межклеточный отек

д) усиление размножения клеток шиповатого слоя в виде тяжей

8. При пузырчатке пузыри располагаются

а) субэпидермально

б) в шиповатом слое

в) в роговом слое

г) в зернистом слое

д) в дерме

9. При лечении пузырчатки используются:

а) системные антимикотики

б) кортикостероиды и цитостатики

в) корикостероиды и антигистаминные

г) синтетические противомалярийные препараты

д) диаминодифенилсульфон (ДДС)

10.Осложнениями стероидной терапии являются:

а) стероидный сахарный диабет

б) тромбозы и эмболии

в) стероидные язвы желудка

г) остеохондроз

д) верно а,б,в

**Вариант 2.**

1. Элементы свойственные вульгарной пузырчатке:

1. папулы

2. пузыри

3. эрозии

4. волдыри

2. При вульгарной пузырчатке обнаруживаются:

1. отложение IgG в межклеточном веществе и клетках шиповатого слоя

2. отложения IgG в области базальной мембраны

3. отложения иммунных комплексов под базальной мембраной

4. зеленое свечение (лампа Вуда)

3. Кожа вокруг пузырей при пузырчатке:

1. гиперемирована

2. не изменена

3. инфильтрирована

4. с фиолетовым оттенком

4. Чтобы получить симптом Асбо-Хансена необходимо:

1. надавить на пузырь

2. вскрыть покрышку пузыря

3. потянуть за покрышку пузыря

4. потереть между пузырями

5. Для подтверждения вульгарной пузырчатки применяют методы исследования:

1. мазки - отпечатки

2. биопсию

3. содержимое пузыря на эозинофилы

4. РИФ на иммуноглобулины

6. Для лечения пузырчатки применяют:

1. антибиотики

2. глюкокортикоидные гормоны

3. препараты железа

4. антигистаминные

7. Пузырчатка отличается от дерматита Дюринга:

1. сильным зудом

2. напряженными пузырями

3. группировкой пузырей

4. положительным симптомом Никольского

8. Для болезни Дюринга характерно:

1. наличие истинного полиморфизма

2. положительный симптом Никольского

3. склонность высыпаний к группировке

4. положительная чувствительность к йоду

9. Дерматоз, для которого имеет диагностическое значение положительная проба

с йодом:

1. вульгарная пузырчатка

2. дерматит Дюринга

3. буллезный пемфигоид

4. семейная пузырчатка

10. Лабораторными тестами для диагностики болезни Дюринга являются:

1. эозинофилия в крови и пузырной жидкости

2. клетки Тцанка в мазках отпечатках со дна эрозий

3. клетки Сезари

4. симптом дамского каблучка

Ситуационные задачи

**Задача 1.**

Больная М., 32 лет, медицинская сестра, поступила в РКВД 4 октября. Месяц назад появились мокнущие эрозии за ушными раковинами, в подмышечных и паховых складках, на туловище. Акантолитические клетки в препаратах-отпечатках не обнаруживались. С предположительным диагнозом Синдром Лайелла лечилась в ЦРБ преднизолоном в суточной дозе 60 мг, что привело к клиническому выздоровлению, однако быстрое снижение дозы препарата вызвало рецидив болезни. Вновь стали появляться эрозии, кото­рые покрывались слоистыми корками, была направлена в РКВД. При поступлении: процесс носит универсальный характер. На животе, груди эритематозная кожа покрыта наслаивающимися друг на друга корками. На ягодицах, бедрах, верхних конеч­ностях - обширные эрозии с обрывками покрышек пузырей. На голенях, стопах, предплечьях и кистях - множество пузырей размером от 1,5x1,5 до 5x6 см с дряблой покрышкой, сероз­ным и серозно-гнойным содержимым. Вся кожа отечна. Симптом Никольского резко положителен. Слизистые оболочки не поражены. Общее состояние тяжелое. Температура тела 37,6-37,8 пульс 112-120 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряже­ния. Внутренние органы без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз больной.

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагнос­тику?

3. Назначьте лечение больной.

4. Назовите возможные осложнения стероидной терапии.

5. Меры профилактики рецидивов заболевания?

**Задача 2.**

Больная Г., 23 лет, поступила в стационар КВД с жалобами на наличие высыпаний на коже туловища и конечностей. Заболела в декабре 2006 года, через 2 месяца после рождения второго ребенка, когда на груди появились пузырьки. В дальнейшем высыпания распространились на туловище, верхние конечности, полость рта. Родилась в срок, росла и развивалась нормально. В детстве перенесла корь, ветряную оспу и ангины. Замужем с 17 лет, имела 3 беременности, 2 из которых закончились нормальными родами, дети здоровы. Последняя беременность была прервана в июле 2007 года ввиду заболевания пузырчаткой. Наследственность не отягощена, родители, 2 брата и 2 сестры здоровы. Объективно: на коже груди, спины,живота и верхних конечностей имелись многочисленные пузыри с вялыми покрыш­ками с серозным содержимым размером с горошину и больше, а также красного цвета различной величины зрозии, окаймленные обрывками эпидермиса, часть эрозий покрыта корками. На крас­ной кайме губ и слизистой оболочке по­лости рта локализовались болезненные эрозии с обрывками эпителия. Симптом Никольского положителен. При цитологическом исследовании в мазках-отпечатках обнаружены акантолитические клетки Тцанка. OAK эр. 3,0 х 1012г/л, НВ 100 г/л, ц.п.0,98, л 4,2 х 109/л, с.79%, лимф 20%, мон 1%. СОЭ 6 мм в час. Анализ мочи в норме. Серологические реакции на сифилис отрицательные. Внутренние органы баз патологии.

Вопросы:

1. Обоснуйте диагноз.

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Назначьте лечение больной.

4. Каков прогноз заболевания?

**Задача 3.**

Больной В., 45 лет, сталевар, поступил в КВД с жалобами на появление высыпаний на туловище и конечностях, сопровождаю­щиеся зудом. Заболевание ни с чем не связывает. Наследственность не отягощена. Рос и развивался нормаль­но. Трудовая деятельность с 22 лет. Женат. Имеет дочь. Из перенесенных заболеваний отмечает корь в детстве. Курит по 20 сигарет в день. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Физиологические отправления в норме. Объективно: на коже лица, боковых поверхностей туловища, на разгибательных по­верхностях предплечий и задней поверхности бедер симметрично с обеих сторон располагаются сгруппированные пузырьки величиной от булавочной головки до чечевицы, наполненные сероз­ным содержимым, с напряженными покрышками. Кроме того, име­ются эрозии небольших размеров, серозно-геморрагические ко­рочки, воспалительные пятна. Симптом Никольского отрицатель­ный. Акантолитические клетки в мазках-отпечатках не обнару­жены. Общий анализ крови и мочи в норме.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Назначите лечение больному.

3. Какие продукты следует исключить из пищи этому больному?

4. Каков прогноз заболевания?

5. Встречается ли данное заболевание у детей?

**Задача 4.**

Больная Б., 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на наличие высыпаний на коже лица, туловища и конечностей, сильного зуда в очагах поражения. При осмотре: на коже щек, лба, предплечий, паховых и подмышечных складок на резко гиперемированном фоне имеется множество пузырьков размером от просяного зерна до горошины, располагающихся сгруппированно.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?

2. Какие специальные дерматологические исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

3. Какие лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза?

4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

5. Назначьте лечение.

**Задача 5.**

К дерматологу обратилась женщина 56 лет с жалобами на обильные высыпания в паховых и подмышечных складках. Больна в течение 4 месяцев. Объективно: высыпания представлены обильными эрозиями с бордюром отслаивающегося эпидермиса по периферии. На дне эрозий мелкие, красного цвета грануляционные разрастания до 1 см высотой, некоторые покрыты гнойными корками. Заболевание сопровождается температурой до 38 С.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения

диагноза?

3. Составьте план лечения.

**Задача 6.**

Больная С. 60-х лет, жалуется на высыпания на коже и интенсивный зуд. Заболела 3 недели назад. Объективно: на коже туловища и конечностей видны склонные к группировке пузырьки, пузыри, волдыри, узелки и эритема. Имеются также эрозии, экскориации, серозные и геморрагические корочки. Слизистая оболочка полости рта свободна от высыпаний.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Назначьте дополнительные лабораторные исследования.

3. Назначьте лечение больной.

**Задача 7.**

Больная В., 6 лет, поступила в КВД в мае с жалобами на наличие высыпаний по всему телу. Заболела 5 месяцев назад, когда на фоне приема эритромицина по поводу респираторной инфекции появилась отечность, эритема и сильный зуд кожи липа. В течение последующего месяца процесс распространился на туловище и голени. Лечение десенсибилизирующими и антигистаминными препаратами эффекта не дало. При поступлении общее состояние средней тяжести, отмеча­ется слабость, болезненность и жжение в области высыпаний. Объективно: на коже лица, туловища и конечностей имеются мелкие поверхностные пузы­ри с дряблой покрышкой и быстро мутнеющим содержимым, распола­гающиеся на эритематозном фоне. Кроме того, на коже лица и туловища имеются обильные слоистые корки не только на месте пузырей, но и на видимо здоровой коже. Слизистая оболочка полости рта свободна от высыпаний. Анализы крови: отклонения в анализе сводились к наличию уме­ренного лейкоцитоза - 12,0x109, гипохромной анемии НВ 80,0. ОАМ в норме.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз больной.

2. Какие симптомы помогают поставить этот диагноз?

3. Каковы морфологические особенности акантолитических клеток?

4. Назначьте лечение больной.

**Вопросы для рубежного контроля.**

1. Морфология кожи.
2. Физиология и биохимия кожи.
3. Основные функции кожи.
4. Патогистология кожи.
5. Диагностика заболеваний кожи.
6. Методы исследования в дерматологии.
7. Эпилюминесцентная микроскопия (дерматоскопия и трихоскопия).
8. Принципы лечения.
9. Общее лечение (диетотерапия, седативная терапия, антигистаминные препараты, гормонотерапия, использование цитостатиков, витаминов, биологическая терапия, физиотерапия).
10. Наружное лечение (фармакологический принцип и принцип воздействия в глубину кожи).
11. Магистральная рецептура в дерматологии.
12. Этиопатогенез псориаза.
13. Классификация, особенности клинических проявлений псориаза.
14. Диагностика, дифференциальный диагноз и принципы лечения псориаза.
15. Физиотерапевтические методы лечения псориаза.
16. Этиопатогенез, клиника, классификация, принципы лечения, профилактики красного плоского лишая.
17. Этиопатогенез, клиника, классификация, принципы лечения, профилактики розового лишая Жибера.
18. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика экзем.
19. Принципы лечения экземы.
20. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение дерматитов.
21. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение почесух.
22. Дифференциальный диагноз взрослой и детской почесух.
23. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение крапивницы.
24. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение атопического дерматита.
25. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальный диагноз кожного зуда.
26. Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения токсикодермий.
27. Этиопатогенез, клиника, дифференциальный диагноз профессиональных заболеваний химической природы.
28. Классификация пузырных заболеваний.
29. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение истинной (акантолитическая) пузырчатки.
30. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение дерматоза Дюринга.
31. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение буллёзного пемфигоида Левера.
32. Классификация васкулитов кожи.
33. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение полиморфного дермального ангиита.
34. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение хронической пигментной пурпуры.
35. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение ливедо-ангиита.
36. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение узловатого ангиита.
37. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение узловато-язвенного ангиита.
38. Поражения кожи при болезнях соединительной ткани.
39. Классификация дерматозов (клиническая и по МКБ-Х).
40. Этиопатогенез, клинические особенности красной волчанки.
41. Этиопатогенез, клинические особенности склеродермии.
42. Вопросы дифференциальной диагностики красной волчанки.
43. Вопросы дифференциальной диагностики склеродермии.
44. Принципы лечения красной волчанки.
45. Принципы лечения склеродермии.
46. Принципы диспансерного наблюдения новообразований кожи.
47. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение меланомы.
48. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение базальноклеточной карциномы.
49. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение плоскоклеточного рака.
50. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение кератоакантомы.

**Модуль №2** Инфекционные заболевания кожи.

**Тема 7.** Грибковые заболевания кожи. Кератомикозы, трихомикозы, микозы кистей и стоп, кандидозы. Эпидемиология, этиопатогенез, клиника. Лабораторная диагностика. Принципы лечения и профилактики.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(тестирование, устный, решение проблемно-ситуационных задач).*

Вопросы для устного опроса:

1. Классификация грибковых заболеваний кожи.
2. Общие характеристики грибов – возбудителей микозов.
3. Кератомикозы. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
4. Кандидоз. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
5. Принципы диагностики грибковых заболеваний.
6. Микроспория. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
7. Трихофития. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
8. Микоз стоп, обусловленный межпальцевым трихофитоном. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
9. Микоз стоп, обусловленный красным трихофитоном. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
10. Онихомикозы. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.

**Вариант 1.**

1. Для отрубевидного лишая характерно

а) возбудитель – Malassezia furfur

б) возбудитель — Epidermophyton inguinale

в) положительная пробы Бальцера

г) наличие буровато-розовых пятен с шелушением

д) зеленое свечение очагов под люминесцентной лампой

2. На туловище у больного множественные гипопигментированные пятна различной конфигурации и размеров, расположенные изолированно на загорелой коже, которые появились после летнего сезона. Местами единичные желтовато-бурые пятна с отрубевидным шелушением. О каком дерматозе следует думать в данном случае?

а) розовый лишай

б) витилиго

в) склеродермия

г) отрубевидный лишай

д) себорейная экзем

3. Назовите возможный источник заражения ребенка зоонозной микроспорией

а) человек

б) собака

в) кошка

г) теленок

д) москит

4. Для зоофильной микроспории характерно:

а) возбудитель М. canis

б) обламывания волос в очагах на уровне 1-2 мм

в) сплошного обламывания волос в очагах на уровне 4 - 6 мм

г) поражения волос по типу Microsporum

д) заражение от телят

е) заражение от мышевидных грызунов

5. Диагностика микроспории основывается на

а) данных микроскопии

б) данных культурального исследования

в) пробе Бальцера

г) результатах люминесцентного свечения

д) результатах серологического исследования

6. К Вам привели ребенка с подозрением на микроспорию. Укажите методы диагностики, которые следует применять для подтверждения диагноза:

а) микроскопическое исследование волос из очагов поражения

б) культуральное исследование

в) люминесцентный метод

г) йодная проба Бальцера

д) метод пробного лечения

7. Для микроспории волосистой части головы характерно:

а) заражение от кошек, собак, от больного человека

б) очаги обычно крупные, единичные, волосы обломаны на

высоте 3-7 мм

в) для диагностики применяют лампу Вуда

г) после лечения остается рубец

д) отсутствие свечения под лампой Вуда

е) болезненность очагов поражения

8. Лечение микроспории волосистой части головы включает:

а) бритье волос 1 раз в неделю

б) смазывание кожи головы 2-3% настойкой йода, втирание

фунгицидных мазей

в) гризеофульвин в соответствующей дозировке

г) антибиотики широкого спектра действия

д) назначение двух антимикотиков внутрь одновременно

9. После выписки из стационара с выздоровлением больные микроспорией волосистой части головы находятся на диспансерном учете в течение

а) 5 лет

б) 2 лет

в) 2 месяцев

г) 3 месяцев

д) 1 месяца

10. Для зоофильной трихофитии характерно все перечисленное, кроме

а) заражение от мышевидных грызунов

б) возбудителя Trich. violaceuim

в) наличия регионарного лимфаденита

г) наличия трихофитидов

д) заражения от телят

**Вариант 2.**

1. Для зоофильной трихофитии характерно все перечисленное, кроме

а) поражения волос по типу Trich. ectothrix

б) возбудителя Trich. verrucosum

в) поражения волос по типу Trich. endothrix

г) возбудителя Trich. mentagrophytes v. gypseum

д) наличия очагов Kerion Celsi

2. Различают следующие формы зоофильной трихофитии

а) инфильтративная

б) поверхностная

в) сквамозная

г) верно все, кроме в)

д) нагноительная

3. Клинические особенности инфильтративно-нагноительной трихофитии включает все перечисленное, кроме:

а) симптома "медовых сот"

б) рубца

в) лимфаденита

г) обломенных волос с усиленным ростом по периферии очагов

д) единичных очагов

4. Какое заболевание обусловлено грибом из рода трихофитон?

а) паразитарный сикоз

б) эритразма

в) вульгарный сикоз

г) опоясывающий лишай

д) отрубевидный лишай

5. Какие препараты показаны для лечения грибковых заболеваний волосистой части головы

а) флуцинар

б) гризеофульвин

в) крем Унны

г) мазь Вилькинсона

д) мазь Вишневского

6. Возбудителями антропофильной трихофитии являются:

а) Trichophyton rubrum

б) Trichophyton violaceum

в) Trichophyton Shonleinii

г) Trichophyton tonsurans

д) верно б), г)

7. Для хронической трихофитии характерно все перечисленное, кроме

а) заражения от животных

б) поражения волос по типу Trich. endothrix

в) обломков волос в виде "черных точек"

г) наличия атрофических рубчиков на коже волосистой части

головы

8. Заражение поверхностной трихофитией происходит:

а) при работе на ферме с больными животными

б) при игре с кошками

в) при пользовании вещами и предметами обихода, бывшими в

употреблении больного

г) при работе в поле (контакт с грызунами)

д) капельным путем при контакте с больным

9. В очагах поражения при поверхностной антропофильной трихофитии наблюдается

а) шелушение и обломки волос на уровне 2-3 мм

б) выраженная инфильтрация и пустулы

в) рубцы

г) скутулы

д) шелушение и обломки волос на высоте 4-6 мм

10. Подтверждает диагноз хронической антропофильной трихофитии все перечисленное, кроме

а) поражения волос по типу Trichophyton endothrix

б) роста культуры Trichophyton violaceum

в) обнаружения нитей мицелия при микроскопии пораженных

ногтей

г) обнаружения нитей мицелия с очагов поражения гладкой кожи

д) свечения волос под люминесцентной лампой

Ситуационные задачи

**Задача 1.**

Больной Б.,10 лет, обратился в КВД с жалобами на поражение кожи груди, шеи, спины. Болен 2 года, не лечился. Летом после загара появляются белые пятна на местах высыпаний. Общее состояние удовлетворительное. При обследовании со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При осмотре кожный покров повышенной влажности. На коже шеи, груди, спины имеются мелкие 1х1 см пятна без воспалительных явлений с четкими границами, цвета кофе с молоком, с отрубевидным шелушением на поверхности. Местами имеются гипопигментированные пятна таких же размеров. Проба Бальцера положительная. При микроскопии обнаружены округлые споры в виде гроздьев винограда и короткие, слегка изогнутые нити мицелия. Под люминесцентной лампой – бурое свечение пятен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Обоснование диагноза?

3. Дифференциальный диагноз?

4. Назначьте лечение больному.

5. Меры профилактики?

**Задача 2.**

К дерматологу направлен ребенок 6 лет с жалобами на появление очага обломанных волос на голове. Впервые мать заметила очаг около недели назад. Самостоятельно лечила ребенка настойкой чеснока без эффекта.

При осмотре на волосистой части головы определяется очаг обломанных волос на уровне 6 мм, округлой формы, с четкими границами, кожа в очаге шелушится. Под люминесцентной лампой – изумрудно-зеленое свечение.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?

2. Какие необходимы исследования для его уточнения?

3. Тактика врача?

**Задача 3.**

Больная Л., 5 лет, направлена в КВД районным дерматологом с жалобами на наличие на волосистой части головы очагов шелушения кожи с обломанными волосами, которые заметили неделю назад, ле­чили самостоятельно серной мазью безрезультатно. Обратились к дерматологу и были направлены на стационарное лечение в миколо­гическое отделение. Возможный источник заражения - бродячая кошка, с которой девочка играла за неделю до появления очагов на голове. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не вдавлено. Объективно: на волосистой части головы имеется один крупный очаг в теменной области справа от средней линии размерами 3x3 см в диаметре и 3 более мелких очага в правой височной области размерами 1x1 см. Очаги правильных округлых очертаний с четкими границами, по­крыты серовато-белыми чешуйками, без выраженных воспалительных явлений. Волосы в очагах сплошь обломаны на высоте 5 мм, окру­жены белой муфточкой. Волосы на непораженных участках густые, черные, длиной 10 см. Высыпаний на остальных участках кожных по­кровов нет. Под люминесцентной лампой в очагах - ярко-зеленое свечение. При микроскопии в волосе обнаружены споры Microsporum. Посевы на питательные среды сделаны. Вес ребенка 18 кг.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Обоснование диагноза?

3. Дифференциальный диагноз?

4. Назначьте лечение больной.

5. Сроки диспансерного наблюдения после выписки?

**Задача 4.**

Больной А., 9 лет поступил в КВД с жалобами на наличие пора­жения волосистой части головы, болен 3 недели. Сначала на теме­ни появилась припухлость, мать лечила ребенка мазью Вишневского, связывала появление очага е переохлаждением ребенка, лечение бы­ло неэффективным, "опухоль" увеличивалась, гнойное отделяемое ссохлось в корки. Обратилась к дерматологу, ребенок был направ­лен на стационарное лечение в КВД. Предполагаемый источник заражения - больной теленок из личного хозяйства, за которым мальчик ухаживал. При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. Патологии внутренних органов не вы­явлено, физиологические отправления в норме. Объективно: на волосистой части головы волосы черные, густые, длиной 3 см. В теменной области имеется один очаг с четкими границами разме­рами 3x3 см в диаметре. Очаг представляет из себя опухолевидный инфильтрат, приподнятый над уровнем непораженной кожи на 1,2см. Кожа в очаге темно-красного цвета, покрыта гнойными корками, во­лосы частично выпали, оставшиеся - впаяны в корки. При потягивании пинцетом волос свободно извлекается из волосяного фолликула. Увеличены и болезненны, не спаяны с окружающими тканями, подвиж­ны задние шейные лимфатические узлы справа. Под люминесцентной лампой све­чения волос нет. Других высыпаний на коже и слизистых нет. Ми­кроскопически поражение волоса по типу Trichophyton ectothrix megaspores. Сделан посев на питательные среды.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Обоснование диагноза?

3. Дифференциальный диагноз?

4. Назначьте лечение больному.

5. Каков прогноз заболевания?

**Задача 5.**

В КВД поступили два брата-близнеца 13 лет с жалобами на выпадение волос и наличие высыпаний на волосистой части головы. Больны с годова­лого возраста, лечились амбулаторно и в стационаре с диагно­зом псориаз, без улучшения. Дети от 2-ой беременности, росли и развивались нормально. Перенесли корь, ветряную оспу. Общее состояние хорошее. Раз­витие соответствует возрасту. Учатся хорошо. Кожные покровы нормальной окраски. Патологии внутренних органов не выявлено. Стул и мочеиспускание без нарушений. Клиническая картина у братьев однотипна: голова покрыта серо-желтого цвета отрубевидными чешуйками, под ними темно-розовые пятнистые элемента размерами от 1,0x1,0 см до 2,0x2,0 и 4,0 х 4,0 см с четкими границами. Волосы пепельно-серые, лишенные блеска и эластичности, много атрофических рубцов на месте бывших очагов. ОАК у обоих больных без патологии, за исключением легкой эозинофилии (5-6%). Биохимические и иммунологические исследова­ния крови отклонений от нормы не выявили. Микроскопически в чешуйках определялось обилие спор раз­ной величины и формы, короткие нити мицелия, в волосе - корот­кие нити мицелия, споры округлой формы, расположенные цепоч­ками, встречаются пузырьки воздуха. Под люминесцентной лампой серебристо-белое свечение волос. При посеве получена культура Trichophyton Shonleinii. При обследовании у брата, сес­тры и матери обнаружено то же заболевание.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Источник заражения?

3. Назначьте лечение больным.

**Задача 6.**

Больной А., 19 лет, студент. Поступил в микологическое отделение КВД с жалобами на наличие высыпаний на коже стоп и кистей. Болен 2 недели, месяц назад стал посещать бассейн, заметил появление трещин в межпальцевых складках стоп, пузырьков на сводах стоп, которые по совету родителей смазывал йодом, соком чистотела, наступило ухудшение, появились пузырьки на кистях. Обратился к дерматологу, был направлен на стационар­ное лечение. При осмотре на коже межпальцевых складок стоп - гиперемия, мацерация, поверхностные трещины. На сводах обеих стоп кожа гиперемирована, имеется масса многокамерных пузырьков с плотной покрышкой и мутным содержимым. Некоторые пузырьки вскрылись с образованием мокнущих эрозий с серозным отделяемым. На боковых поверхностях пальцев кистей и ладонях - множество пузырьков с прозрачным содержимым. Ногтевые пластинки кистей и стоп не поражены. Субъективно: зуд кожи кистей и стоп, жжение и болез­ненность кожи межпальцевых складок и сводов стоп. При микроскопировании соскобов с межпальцевых складок стоп и покрышек пузырей обна­ружены нити мицелия. С кистей грибы не обнаружены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Дифференциальный диагноз?

3. Назначьте лечение больному.

**Задача 7.**

Больная З. 60 лет, поступила в РКВД с жалобами на поражение всех ногтей стоп, наличие трещин и утолщение кожи подошв. Больна в течение 20 лет. Несколько раз безуспешно лечилась гризеофульвином. Страдает гипертонической болезнью послед­ние 7лет. На коже подошв выраженный гиперкератоз, шелушение, которое переходит на подошвенную поверхность пальцев, цвет ко­жи красновато-синюшный. Все ногтевые пластинки пальцев стоп поражены тотально – они желтого цвета, с выраженным подногтевым гиперкератозом, крошатся со свободного края. На остальных участках кожи высыпаний нет.

Вопросы.

1. Ваш диагноз?

2. Лечение?

3. Профилактика?

**Тема 8.** Пиодермии. Чесотка. Педикулез. Профессиональные заболевания кожи инфекционной природы. Эпидемиология, этиопатогенез, клиника. Принципы лечения и профилактики. Рубежный контроль.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(тестирование, устный, решение проблемно-ситуационных задач).*

Вопросы для устного опроса:

1. Классификация пиодермий.
2. Этиопатогенез, клиника, классификация, принципы лечения, профилактики стафилодермий.
3. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики стрептодермий.
4. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики стрепто-стафилодермий.
5. Чесотка. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
6. Педикулёз. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
7. Крысиный клещевой дерматит. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
8. Принципы организации и проведения противоэпидемической работы в очагах заразных кожных заболеваний.

**Вариант 1.**

1. Для стафилококковых пиодермитов характерно:

а) связь с волосяными фолликулами

б) связь с потовыми железами

в) появление фликтены

г) наличия беловато-розовых шелушащихся пятен

д) правильно а), б)

2. При лечении фурункулов применяется все, кроме

а) антибиотиков широкого спектра

б) чистого ихтиола

в) водных процедур

г) сухого тепла

д) УВЧ

3. Для эпидемической пузырчатки новорожденных характерно все, кроме

а) начала в первые дни жизни ребенка

б) нарушения общего состояния ребенка

в) наличия сифилиса у матери

г) появления пузырей с венчиком гиперемии

д) заразительности для детей

4. Фурункул – это

а) глубокая стрептококковая пустула

б) фликтена

в) воспаление волосяного фолликула и окружающих тканей

г) поверхностная пустула

д) воспаление волосяного фолликула

5. Гидраденит - это воспаление

а) волосяного фолликула

б) апокриновых потовых желез

в) волосяного фолликула и окружающих тканей

г) устья волосяного фолликула

д) трубчатых потовых желез

6. Укажите, при каких формах пиодермии фликтена является основным морфологическим элементом?

а) вульгарный сикоз

б) гидраденит

в) фурункулез

г) вульгарное импетиго

7. К поверхностным стафилодермиям относитя все перечисленное, кроме

а) фурункула

б) остиофолликулита

в) вульгарного сикоза

г) везикулопустулеза

д) эпидемической пузырчатки новорожденных

8. К глубоким формам стрептодермий относится все перечисленное, кроме

а) эктимы стрептококковой

б) стрептококкового импетиго

в) рожистого воспаления

г) хронической диффузной стрептодермий

д) фурункула

9. К стафилодермиям новорожденных относится все перечисленное, кроме

а) везикопустулеза

б) псевдофурункулеза

в) фурункулеза

г) эпидемической пузырчатки новорожденных

д) эксфолиативного дерматита Риттера

10. При лечении неосложненного фурункула используются все, кроме

а) «ихтиоловой лепешки»

б) УВЧ

в) вскрытия

г) антибиотиков широкого спектра

д) УФО

**Вариант 2.**

1. При чесотке сыпи чаще располагаются:

а) в межпальцевых складках

б) в области лучезапястных суставов

в) на волосистой части головы у взрослых

г) на ладонях и подошвах у взрослых

д) верно а), б)

2. Для чесотки характерно наличие:

а) фолликулярных папул, «жемчужных» везикул

б) экскориаций

в) чесоточных ходов

г) верно все, кроме д)

д) волдырей и пузырей

3. Для лечения чесотки применяется все перечисленное, кроме

а) 20 % водно-мыльной эмульсии бензил-бензоата

б) 33 % серной мази

в) 2 % настойки йода

г) 60 % раствор тиосульфата натрия

д) 10 % серно-дегтярной мази

4. Лечение больного чесоткой предусматривает:

а) применение бензил-бензоата 20%

б) применение УФО

в) назначение серной мази 33%

г) исключение острой пищи

д) все выше перечисленное

5. Укажите наиболее частое осложнение чесотки

а) вторичная пиодермия

б) сепсис

в) рубцовая атрофия кожи

г) флегмоны

д) все вышеперечисленные

6. К основным диагностическим феноменам при чесотке относятся все перечисленные, кроме

а) симптома Горчакова

б) феномена Кебнера

в) симптома Арди

г) наличия чесоточных ходов

д) импетигинозных высыпаний в области ромба Михаэлиса

7. К основным клиническим симптомам педикулеза относится все перечисленное, кроме

а) симптома Горчакова-Арди

б) зуда

в) меланодермии

г) «кожи бродяг»

д) огрубение кожи

8. К осложнениям педикулеза относится все перечисленное, кроме

а) пиодермии

б) экзематизации

в) дерматита

г) лимфаденита

д) лимфоплазии

9. Для лечения головного педикулеза используется все перечисленное, кроме

а) 10% водно-мыльной эмульсии бензилбензоата

б) 10% водной мыльно-керосиновой эмульсии

в) ниттифора

г) препарата «пара-плюс»

д) спрегаля

10. Диагностика платяного педикулеза основана на

а) выявлении вшей

б) наличии линейных расчесов

в) наличии уртикарных и папулезных элементов

г) зуда

д) всего перечисленного

Ситуационные задачи

**Задача 1.**

Больной А., 20 лет, шофер. Обратился в поликлинику КВД с жалобами на наличие высыпаний на коже туловища, стоп и кистей. Болен в течение 1 месяца, через 2 недели после командировки появился зуд, усиливающийся ночью, заметил высыпания в межпальцевых складках кистей и на туловище. Не лечился. Живет один. Объективно: на коже передне-боковых поверхностей туловища, ягодицах, бедрах имеются фолликулярные папулы, папуловезикулы, экскориации, покрытые геморрагическими корочками, геморрагические корочки имеются на разгибательных поверхностях локтевых суставов. На сгибательной поверхности лучезапястных суставов имеются «жемчужные везикулы» величиной с булавочную головку. На коже кистей, половых органов имеются слегка возвышающиеся над кожей линии грязно-серого цвета (ходы) с темной точкой на слепом конце («возвышение Базена»). При нанесении йода на «ход» становятся видны черноватые точки, расположенные на одинаковом расстоянии друг от друга. На мошонке и половом члене имеются инфильтрированные, сильно зудящие папулы диаметром 0,5 см красновато-коричневого цвета. Лицо и волосистая часть головы свободны от высыпаний.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Какие диагностические симптомы подтверждают диагноз?

3. Лабораторное подтверждение диагноза?

4. Назначьте лечение больному.

5. Какова методика текущей дезинфекции в очаге?

**Задача 2.**

У ребенка 10 лет (мальчик) отмечается зуд волосистой части головы после летнего отдыха в детском лагере. При осмотре на волосистой части головы преимущественно в височных и затылочных областях имеются экскориации, пустулы, серозно-гнойные корки, увеличены и болезненны шейные и затылочные лимфатические узлы. При осмотре волос обнаружены гниды.

Вопросы.

1) Ваш диагноз?

2) Дифференциальный диагноз?

3) Лечение?

4) Профилактика?

**Задача 3.**

Больной А., 15 лет обратился к дерматологу с жалобами на поражение кистей. Болен 10 дней. Не лечился. Мыл руки с мылом, считая, что таким образом сможет избавиться от болезни. Объективно: на коже кистей имеются дряблые пузыри с гнойным содержимым и венчиком гиперемии по периферии, гнойные корки соломенно-желтого цвета, эрозии с серозно-гнойным отделяемым, увеличены и болезненны подмышечные лимфоузлы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Как называется первичный элемент сыпи при данном заболевании?

3. Что способствовало дальнейшему распространению высыпаний?

4. Назначьте лечение больному.

**Задача 4.**

Больная Б, 17 лет, обратилась к дерматологу с жалобами на наличие болезненного образование на лице. Больна неделю. На лице в области носогубного треугольника появился «гнойничок», который больная пыталась выдавливать, наносила тональный крем. Усилилась болезненнось и отек в области высыпания, больная стала принимать самостоятельно тетрациклин и обратилась к врачу. Объективно: в области носогубного треугольника справа имеется болезненное возвышение с инфильтрацией, кожа ярко-красного цвета, отечна, в центре инфильтрата – пустула.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Какие возможны осложнения?

3. Какова тактика ведения таких больных?

4. Когда следует прибегать к оперативному вмешательству при этом заболевании?

**Задача 5.**

Мужчина считает себя больным в течение 3 недель. На месте укола ладони проволокой образовалась болезненное, кровоточащее при малейшей травме опухолевидное образование. Объективно: на ладонной поверхности кисти в области пястно-фалангового сустава имеется опухолевидное образование размером 0,5 см с бугристой поверхностью, ярко-красного цвета, кровоточащее при травматизации. При гистологическом исследовании в дерме многочисленные расширенные новообразованные капилляры с пролиферацией эндотелия, расположенные в отечной соединительной ткани с воспалительным инфильтратом. Вопросы.

1. Ваш диагноз?

2. Каково современное представление об этом заболевании?

3. Назначьте лечение больному.

**Задача 6.**

На прием к врачу обратилась женщина 52 лет, с жалобами на появление резко болезненного узла в области правого предплечья. При осмотре на разгибательной поверхности предплечья имеется возвышающийся узловатый инфильтрат багрово-красного цвета, резко болезненный при пальпации, вокруг его кожа отечна. При пальпации в центре узла определяется флюктуация.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз?

2. Составьте план лечения.

**Задача 7.**

На приеме у дерматолога женщина с дочерью 5 лет. У девочки два дня назад на лице появились пузыри, быстро ссыхающиеся в корки. После умывания горячей водой с мылом число высыпаний резко увеличилось. При осмотре в носогубных складках, на верхней губе, в углах рта, а также на лбу и щеках наслоения зеленовато-желтых корок и отдельные небольшие поверхностные вялые пузыри с мутноватым содержимым, окруженные узким розовым венчиком. Общее состояние ребенка хорошее. Девочка ходит в детский сад.

Вопросы:

1. Какой клинический диагноз?

2. Ваша тактика по лечению ребенка?

3. Меры профилактики в детском коллективе?

**Вопросы для рубежного контроля.**

1. Классификация грибковых заболеваний кожи.
2. Общие характеристики грибов – возбудителей микозов.
3. Кератомикозы. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
4. Кандидоз. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
5. Принципы диагностики грибковых заболеваний.
6. Микроспория. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
7. Трихофития. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
8. Микоз стоп, обусловленный межпальцевым трихофитоном. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
9. Микоз стоп, обусловленный красным трихофитоном. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
10. Онихомикозы. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
11. Туберкулёз кожи. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
12. Характеристика семейства герпесвирусов.
13. Простой герпес. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
14. Опоясывающий герпес. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
15. Характеристика семейства папилломавирусов.
16. Бородавки. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
17. Контагиозный моллюск. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
18. Классификация пиодермий.
19. Этиопатогенез, клиника, классификация, принципы лечения, профилактики стафилодермий.
20. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики стрептодермий.
21. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики стрепто-стафилодермий.
22. Чесотка. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
23. Педикулёз. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
24. Крысиный клещевой дерматит. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
25. Принципы организации и проведения противоэпидемической работы в очагах заразных кожных заболеваний.

**Тема 9.** Туберкулез кожи. Вирусные дерматозы. Эпидемиология, этиопатогенез, клиника. Принципы лечения и профилактики. Рубежный контроль.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(тестирование, устный, решение проблемно-ситуационных задач).*

Вопросы для устного опроса:

1. Туберкулёз кожи. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
2. Характеристика семейства герпесвирусов.
3. Простой герпес. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
4. Опоясывающий герпес. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
5. Характеристика семейства папилломавирусов.
6. Бородавки. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.
7. Контагиозный моллюск. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактики.

**Вариант 1.**

1. К группе вирусов герпеса относят все перечисленные вирусы, кроме

а) ВПГ (вирус простого герпеса)

б) вируса varicella-zoster

в) вируса Эпштейна-Барр

г) папилломатозного вируса

д) цитомегаловируса

2. Контакт человека с ВПГ-1 происходит

а) к 18 годам

б) к 18 месяцу

в) после полового созревания

г) после 1 года жизни

д) после 1 месяца жизни

3. Контакт человека с ВПГ-2 происходит

а) после полового созревания

б) при начале сексуальной активности

в) в преклонном возрасте

г) к 18 месяцу

д) в период новорожденности

4. Рецидивам вирусной инфекции способствует все перечисленное, кроме

а) переохлаждения

б) перегревания

в) простудных заболеваний

г) соблюдения режима труда и отдыха

д) стрессовых ситуаций

5. Излюбленной локализацией простого герпеса являются все перчисленные участки, кроме

а) крыльев носа

б) разгибательных поверхностей конечностей

в) углов рта

г) красной каймы губ

д) половых органов

6. Для опоясывающего лишая характерно

а) эритема

б) отек

в) эрозии

г) боли походу нерва

д) все перечисленное

7.Физиотерапевтическое лечение опоясывающего лишая целесообразно назначать

а) в начале заболевания

б) в острой фазе

в) в фазе неполной ремиссии

г) при неврологических осложнениях

д) правильно в) г)

8. Для подошвенных бородавок характерно все перечисленное, кроме

а) возникновения на местах давления обувью

б) эффективно лечение солкодермом

в) эффективна гипносуггестивная терапия

г) болезненности

д) локализации на тыле стоп

9. Для простых бородавок характерно

а) локализации на руках

б) серого цвета

в) возбудитель - папилломатозный вирус

г) возбудитель - вирус varicella-zoster

д) верно все, кроме г)

10. Для остроконечных бородавок характерно все перечисленное, кроме

а) напоминают цветную капусту

б) напоминают петушиный гребень

в) имеют узкое основание

г) имеют широкое основание

д) чаще располагаются в области гениталий

**Вариант 2.**

1. При лечении остроконечных кондилом применяется

а) солкодерм

б) хирургическое удаление

в) кондилин

г) ацикловир

д) все перечисленное, кроме г)

2. Для контагиозного моллюска характерно все перечисленное, кроме

а) высыпание полушаровидных папул

б) пупкообразного вдавления в центре папул

в) встречается чаще у детей

г) вскрываются с образованием глубоких язв

д) локализации на коже век, живота, гениталий

3. Первичные морфологические элементы при туберкулезной волчанке:

1. бугорки

2. язвы

3. узлы

4. папулы

4. Назовите локализованные формы туберкулеза кожи:

1. лихеноидный

2. бородавчатый

3. индуративный

4. колликвативный

5. Для туберкулезной волчанки характерны:

1. симптом Поспелова

2. симптом «стеаринового пятна»

3. симптом «яблочного желе»

4. симптом Бенье-Мещерского

6. Папуло-некротический туберкулез локализуется на:

1. лице

2. волосистой части головы

3. голенях

4. подошвах

7. Папуло - некротический туберкулез дифференцируют от:

1. многоформной экссудативной эритемы

2. почесухи

3. псориаза

4. скрофулодермы

8. Туберкулезную волчанку дифференцируют от:

1. дискоидной красной волчанки

2. бугоркового сифилида

3. лепры

4. индуративной эритемы Базена

9. Скрофулодерма чаще локализуется:

1. область шеи

2. паховая область

3. бедра

4. туловище

10. Скрофулодерму необходимо дифференцировать от:

1. гуммозного сифилида

2. лейшманиоза

3. лепры

4. простого герпеса

Ситуационные задачи

**Задача 1.**

К дерматологу обратилась мать с жалобами на появление у ее 6-летней дочери высыпаний в области лица и шеи. Ребе­нок посещает детский сад. При осмотре на лице и шее имеются полушаровидной формы па­пулы величиной с просяное зерно, бледно-розового цвета, с пупкообразным вдавлением в центре, число элементов - 10, при сдавлении папулы выделяется кашицеобразная масса белого цве­та. Зуд не беспокоит. Вопросы:

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

**Задача 2.**

К дерматологу обратилась мать с жалобами на появление высыпаний в перианальной области у ее 5-летней дочери, жжение, зуд, болезненность, заметила высыпания 2 недели назад, лечились самостоятельно ванночками с раствором перманганата калия без эффекта. При осмотре кожа и слизистые обычной окраски, в области заднего прохода при переходе кожи в слизистую имеется скопление тестоватой консистенции узелков на длинной ножке, сливающихся между собой и образующих папилломатозные разрастания, напоминающие цветную капусту, цвет их ярко красный за счет наличия эрозий со скоплением экссудата между дольками. На слизистых больших и малых половых губ высыпаний нет. В анамнезе у матери во время беременности - остроконечные кондиломы в области гениталий, разрешились после родов без лечения. КСР у ребенка и матери - отрицателен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Дифференциальный диагноз?

3. Лечение?

4. Прогноз?

**Задача 3.**

Больной Д., 10 лет, поступил в стационар детской больницы с жалобами на общую слабость, головные боли, повышение темпе­ратуры до 380, распространенные высыпания по всему кожному по­крову. С 7 лет наблюдается у дерматолога с диагнозом атопичес­кий дерматит с ежегодными обострениями в осенний период, по по­воду последнего обострения получал антигистаминные средства, наружно - флуцинар. Через 4 дня после начала лечения наступило значительное ухудшение состояния. Возникли слабость, головная боль, повышение температуры и появилась высыпания сгруппированных пузырьков на фоне гиперемии кожи в области левого

плеча, аксиллярной области, шеи. Мальчик от первой беременности, первых родов. Наследственность у отца - аллергический ринит, у бабушки со стороны матери - бронхиальная астма. Последние 2 года наблюдается по поводу хроничес­кого бронхита с астматическим компонентом. В анамнезе - аллер­гические реакции на пенициллин и витамины группы В. Объективные данные: правильного телосложения, удовлетворитель­ного питания. Аксиллярные лимфоузлы симметрично увеличены до 1 см в диаметре, безболезненны, носовое дыхание несколько затруд­нено, зев чистый, в легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. На коже лица, шеи, локтевых сгибов, лучезапястных суставов и подколенных впадин имеются очаги эритемы с выраженной лихенификацией, участками папулезной инфильтрации. По всему кожному по­крову имеются множественные экскориации, эрозии, геморрагические корочки. В области левого плеча, аксиллярной области, боковых поверхностей туловища, шеи имеются множественные рассеянные участки поражения размерами от 3 до 15 см в диаметре, состоящие из сгруппированных болезненных напряженных пузырьков, распо­ложенных на отечном гиперемированном фоне. В периферической крови изменений нет, за исключением ускоренной. СОЭ (35 мм/час), анализ мочи без изменений.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Назначьте лечение?

3. Что послужило причиной возникновения генерализованной формы заболевания?

**Задача 4.**

Больной 45 лет, поступил с жалобами на поражение кожи тыла кисти. Болен в течение 8 месяцев. Лечился у дерматолога по поводу хронической пиодермии. Объективно: на коже тыльной поверхности левой кисти имеется очаг размером 6х 8 см синюшно-красного цвета с четко ограниченной инфильтрацией. На поверхности очага многочисленные бородавчатые разрастания с трещинками между ними и наличием гнойных корочек. В центре очага отмечалась атрофия, а по периферии – ободок синюшно-красного цвета. При диаскопии симптом «яблочного желе» и проба Поспелова оказались отрицательными.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Какие исследования необходимо провести для его подтверждения?

**Задача 5.**

Больная 54 лет. В области шеи рубец по типу «смятой папиросной бумаги». По периферии очага располагаются бугорки размером с горошину. Симптом «яблочного желе» и зонда положительные.

1. Какую болезнь напоминает клиническая картина поражения?
2. Назначьте дополнительные методы исследования.

**Задача 6.**

На прием к гинекологу обратилась пациентка 18 лет с жалобами на появление болезненных высыпаний на гениталиях. При осмотре: на левой большой половой губе имеется эрозия мелкофестончатых очертаний около 1 см в диаметре. Вокруг эрозии кожа отечна и гиперемирована. Пальпаторно эрозия болезненна и практически не отличается по плотности от окружающей ткани. У больной повышена температура тела до 37,6оС, озноб.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. С какими заболеваниями и какими методами необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Какова тактика лечения?

**Задача 7.**

На прием обратился мужчина 25 лет, у которого на коже полового члена около 1 месяца тому назад появились разрастания розового цвета, не сопровождающиеся какими-либо субъективными ощущениями. Размеры элементов постепенно увеличиваются. Заболевание связывает со случайными половыми контактами в течение последних трех месяцев. Объективно: на внутреннем листке крайней плоти имеются 5 узелковых элементов тестоватой консистенции на удлиненной ножке, различных размеров. По внешнему виду разрастания напоминают петушиный гребень или цветную капусту.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Какие обследования целесообразно провести больному?

3. Ваши рекомендации относительно лечения больного.

**Модуль №3 Венерические болезни.**

**Тема 10.** Введение в венерологию. Классификация ИППП. Особенности обследования венерических больных. Сифилис приобретенный. Эпидемиология, этиопатогенез, клиника.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(тестирование, устный, письменный опрос, представление презентации, решение проблемно-ситуационных задач).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Вопросы для устного опроса:

* + - 1. Клинический подход к диагностике и лечению ИППП.
      2. Лабораторная диагностика ИППП.
      3. Эпидемиология сифилиса.
      4. Этиопатогенез сифилиса.
      5. Классификация сифилиса.
      6. Общее течение сифилиса.
      7. Вариация сроков инкубационного периода.
      8. Особенности течения сифилиса.
      9. Особенности первичного сифилиса.
      10. Особенности вторичного сифилиса.
      11. Особенности третичного сифилиса.
      12. Скрытый сифилис.
      13. Профилактика сифилиса.

**Вариант 1.**

1. Инкубационный период при сифилисе в среднем составляет

а) 20-40 дней

б) 3-5 дней

в) 3 месяца

г) 1 день

д) 6 месяцев

2. Для неосложненного твердого шанкра характерно наличие

а) болезненности

б) плотного инфильтрата в основании

в) гнойного отделяемого

г) склонности к аутоинокуляции

д) подрытых краев

3. Первичная сифилома может осложниться:

а) фимозом

б) парафимозом

в) гангренизацией

г) фагеденизмом

д) все перечисленное верно

4. К атипичным твердым шанкрам относится все перечисленное, кроме

а) шанкра-амигдалита

б) индуративного отека

в) шанкра-панариция

г) мягкого шанкра

5. Твердый шанкр дифференцируют со всеми перечисленными заболе­ваниями, кроме

а) шанкриформной пиодермии

б) простого герпеса

в) красного плоского лишая

г) мягкого шанкра

д) гуммозной язвы

6. Вторичный рецидивный сифилис наступает после заражения через:

а) 9-10 недель

б) 3 недели

в) 1 мес.

г) 3 мес.

д) 6 мес.

7. Высыпания вторичного рецидивного периода сифилиса:

а) твердый шанкр

б) обильная яркая розеолезная сыпь

в) лейкодерма

г) бугорки

д) гуммы

8. Заразительны при вторичном сифилисе

а) лейкодерма

б) облысение

в) широкие кондиломы

г) розеолы

д) бугорки

9. Папулезные высыпания при сифилисе следует дифференцировать с

а) розовым лишаем Жибера

б) отрубевидным лишаем

в) брюшным тифом

г) псориазом

д) туберкулезной волчанкой

10. Характерное для вторичного рецидивного сифилиса сочетание клинических проявлений:

а) папулы ладоней и подошв, остатки твердого шанкра

б) эритематозная ангина, бугорковый сифилид

в) лейкодерма и широкие кондиломы

г) твердый шанкр, регионарный склераденит

д) гумма, яркая обильная розеолезная сыпь

**Вариант 2.**

1. Вторичный свежий сифилис характеризуется всем перечисленным, кроме:

а) положительного КСР у 100% больных с высоким титром реагинов

б) наличия остатков твердого шанкра

в) наличия сифилитического облысения

г) наличия яркой обильной розеолезной сыпи

д) полисклераденита

2. Пустулезные высыпания при сифилисе следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме

а) вегетирующей пузырчатки

б) вульгарных угрей

в) стрептококковой эктимы

г) вульгарного импетиго

д) ветряной оспы

3. Признаки злокачественного течения вторичного периода сифилиса

а) рупии

б) обильная розеолезная сыпь

в) эктимы

г) милиарные папулы

д) верно, все перечисленное, кроме б)

4. Широкие кондиломы следует дифференцировать с:

а) остроконечными кондиломами

б) геморроидальными узлами

в) вегетирующей пузырчаткой

г) псориазом

д) все перечисленное верно

5. Сыпи вторичного рецидивного сифилиса

а) гуммы

б) яркие розеолы

в) лейкодерма

г) бугорки

д) твердый шанкр

6. Клиника первичного сифилиса включает все перечисленное, кроме

а) шанкра

б) лимфаденита регионарного

в) папул ладоней и подошв

г) лимфангоита

7. С какого времени после образования твердого шанкра классические серологические реакции у больных становятся положительными

а) 3-5 дней

б) 1 неделя

в) 2-4 недели г) 40 дней

д) 6-7 недель

8. Какое из нижеприведенных исследований применяется в повседневной практике для обнаружения бледных трепонем

а) исследование нативного препарата в темном поле

б) окраска по Романовскому-Гимзе

в) окраска метиленовым синим

г) культивирование на питательных средах

д) серебрение по Морозову

9. При первичном периоде сифилиса регионарные лимфоузлы харак­теризуются всем перечисленным, кроме

а) безболезненности

б) плотно-эластической консистенции

в) кожа над лимфоузлами нормальной окраски

г) лимфоузлы спаяны между собой

д) подвижности при пальпации

10. К разновидностям твердого шанкра относят все перечисленное, кроме

а) язвенного твердого шанкра

б) шанкра-панариция

в) шанкра-отпечатка

г) гигантского шанкра

д) эрозивного твердого шанкра

Ситуационные задачи

**Задача 1.**

Больной Ж. 34 года, поступил в КВД с жалобами на нали­чие болезненной язвы на половом члене и болезненного уплотне­ния в правой паховой области, затрудняющую ходьбу. Заболел 7.10., когда на половом члене появилась язва величиной со спичечную головку и болезненные лимфоузлы с вишню в правой паховой области. Через неделю узлы спаялись в болезненные конгломераты, препят­ствующие ходьбе, через неделю больной обратился к врачу и был направлен в стационар. Из анамнеза: женат, 31.09 во время отпуска имел половой контакт со случайной партнершей. Из перенесенных заболеваний отмечает в детстве частые ангины, воспаление легких, фурункулез, тонзиллит. Страдает алкого­лизмом. При осмотре: правильного телосложения, повышенного питания, в области внутреннего листка крайней плоти справа имеется язвочка бледно-красного цвета, размером 0,3x0,3 см овальной формы, плот­но-эластической консистенции, безболезненная при пальпации. Справа паховые лимфатические узлы увеличены до размеров лесного ореха, спаяны в конгломерат, с явлениями периаденита и воспаления кожи. При пальпации конгломерат малоподвижен, плотноэластической консистенции, безболезненный. В отделяемом твердого шанк­ра при микроскопии найдена бледная трепонема, КСР отрицателен. РИФ 4+, РПГА 4+. Через 5 дней КСР стал слабоположительным. Анализ крови: эр. 4,0 1012г/л, НВ 150 г/л, л 7,6 109/л, Э.6% п. 3%, с.43%, лимф 36 %, мон. 7%, СОЭ 15 мм/час. Общий белок 67 г/л, белковые фракции: альбумин 40,1%, α1- глобулин 8,8%, α2-глобулины 14%, γ-глобулины 22,8%, сахар крови - 4 ммоль/л, ПТИ 109%.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование?

2. В чем особенности клиники заболевания у данного больного?

3. Чем вы можете объяснить эти особенности?

4. Какое лечение следует назначить больному?

**Задача 2.**

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

Вопросы:

1. О каких заболеваниях следует думать?

2. Какие клинические проявления сходны с бартолинитом?

3. Какие симптомы не характерны для бартолинита?

4. Какая тактическая ошибка допущена гинекологом?

5. Как следовало поступить?

6. Какие результаты серологического исследования крови ожидаются в подобной ситуации?

**Задача 3.**

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

Вопросы:

1. Каков наиболее вероятный диагноз?

2. Какие исследования необходимо назначить?

**Задача 4.**

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

1. Ваш диагноз?

2. Дифференциальный диагноз твердого шанкра такой локализации?

3. Тактика врача в отношении тесных бытовых контактов?

4. Какие лабораторные исследования необходимы для подтверж­дения диагноза?

**Задача 5.**

Больной М, 17 лет, воспитанник детского дома. Половая связь со случайной знакомой 11.09. Считает себя больным с конца сентября, когда заметил на внутреннем листке крайней плоти полового члена язвочку. Не лечился. В ноябре появился зуд в перианальной области, слабость, недомогание, стали выпа­дать волосы. Обратился к врачу с жалобами на мокнутие в меж­пальцевых складках стоп, болезненность, появление трещин и эрозий. Был установлен диагноз: интертригинозая форма мико­за стоп. Назначены фунгицидные средства. Проводимое лечение не дало результатов и больной 23.12 был госпитализирован. При поступлении: жалобы на общую слабость, вялость, боли в ногах, мокнутие в межпальцевых складках. Больной правильного телосложения,удовлетворительного питания, кожные покровы бледные, тургор нормальный. На задней поверхности шеи име­ются участки депигментации на гиперпигментированном фоне, от­мечается диффузное поредение волос. Зев резко гиперемирован, на миндалинах, слизистой оболочке полости рта и губ папулез­ная сыпь опалового цвета, на наружном листке крайней плоти полового члена и коже множественные лентикулярные и эрозированные папулы медно-красного цвета. В перианальной облас­ти отмечены лентикулярные, нумулярные и гипертрофические папулы ветчинно-красного цвета. На коже ладоней и подошв - мно­жественные папулезные элементы буровато-красного цвета, ок­руглой формы, размером с чечевицу. На отдельных элементах отмечается периферическое шелушение по типу воротничка Биетта. В межальцевых складках стоп обильное мокнутие, множественные эрозивные папулезные элементы с явлениями мацерации эпидермиса.Выраженный полиаденит: увеличены периферические лимфоузлы, подвижные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. КСР A1 4+, А2 4+, МР 4+, титр 1:80. РИБТ 90%, РИФ 4+. С эрозированных папул обнаружена бледная трепонема, с межпальцевых складок стоп обнаружены нити мицелия. Вопросы:

1. Ваш диагноз, обоснование?

2. Какое лечение следует назначить больному?

3. Консультация какого специалиста необходима?

**Задача 6.**

Больной А., 24 лет, обратился в медпункт железнодорожного вокзала, где он работал, с жалобами на общее недомогание. При осмотре выявлена обильная пятнистая сыпь на туловище, бедрах, гиперемия зева, повышение температуры тела до 37,7о. С диагнозом кори больной был госпитализирован в инфекционную больницу, где в те­чение недели находился в одной палате с детьми и ухаживал за ними. После получения положительных результатов КСР консуль­тирован дерматовенерологом.

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

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

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование?
2. Какова должна быть тактика врача дерматовенеролога в ­ отношении дальнейшего лечения больного?
3. Какие противоэпидемические мероприятия следует проводить в данном случае?
4. Причины диагностической ошибки, допущенной медработниками?
5. Какие могут быть результаты КСР у данного больного, предположительные сроки заражения?

**Задача 7.**

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

Вопросы:

1. Можно ли поставить диагноз?

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для под­тверждения диагноза?

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Когда можно использовать пробное лечение при сифилисе?

**Тема 11.** Врожденный сифилис. Эпидемиология, этиопатогенез, клиника. Лабораторная диагностика, принципы лечения и профилактики.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(тестирование, устный, письменный опрос, представление презентации, решение проблемно-ситуационных задач).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Вопросы для устного опроса:

1. Сифилис и беременность.
2. Сифилис плода.
3. Ранний врождённый сифилис.
4. Поздний врожденный сифилис.
5. Диагностика врождённого сифилиса.
6. Дифференциальный диагноз клинических проявлений врождённого сифилиса.
7. Лечение врождённого сифилиса.
8. Профилактика врождённого сифилиса.
9. Исследование отделяемого сифилидов на бледную трепонему.
10. Антителообразование при сифилисе.
11. Серологическая диагностика сифилиса.
12. Нетрепонемные тесты.
13. Трепонемные тесты.
14. Диагностическая ценность серологических реакций.
15. Серорезистентность.

**Вариант 1.**

1. Заражение плода сифилисом происходит

а) через плаценту от больной матери

б) через сперматозоиды больного отца

в) при прохождении через родовые пути больной матери

г) через хромосомный аппарат половых клеток родителей

д) внутриутробно на 6-7 месяце беременности

2. Беременность женщины, больной сифилисом, может закончиться всем перечисленным, кроме

а) раннего выкидыша

б) позднего выкидыша или мертворождения (6-7 мес.)

в) рождение больного нежизнеспособного ребенка

г) рождение здорового ребенка

д) рождение больного жизнеспособного с проявлениями сифилиса

3. Для поражения плаценты при сифилисе характерно все перечисленное,

кроме

а) отека

б) эндомезопериваскулита

в) склероза ворсинок

г) увеличения массы

д) уменьшения массы

4. Клиническими проявлениями сифилиса плода является все ­перечисленное, кроме

а) кремниевой печени

б) белой пневмонии

в) остеохондрита

г) остеопериостита

д) остеохондроза

5. Различают все перечисленные формы врожденного сифилиса, кроме

а) раннего врожденного грудного возраста

б) раннего врожденного раннего детского возраста

в) раннего врожденного скрытого

г) позднего врожденного

д) раннего врожденного первичного

6. Патогномоничными для раннего врожденного сифилиса являются все перечисленные признаки, кроме

а) сифилитической пузырчатки

б) пятнистой сыпи на туловище

в) диффузной папулезной инфильтрации Гохзингера

г) сифилитического ринита

д) остеохондрита

7. Достоверными признаками позднего врожденного сифилиса явля­ются все перечисленные, кроме

а) паренхиматозного кератита

б) зубов Гетчинсона

в) высокого "готического неба"

г) сифилитического лабиринтита

8. К вероятным признакам позднего врожденного сифилиса относятся­ все перечисленные, кроме

а) ягодицеобразного черепа

б) рубцов Фурнье-Робинсона

в) сифилитической пузырчатки

г) седловидного носа д) кисетообразного моляра

9. К специфическим реакциям на сифилис относятся

а) реакция Вассермана

б) РИБТ

в) микрореакция преципитации с кардиолипиновым антигеном

г) РИФ

д) верно б), г)

10. К мероприятиям по профилактике врожденного сифилиса относятся все перечисленные, кроме

а) трехкратной вассерманизации беременных

б) прерывания беременности до 28недель

в) профилактического лечения беременных, больных сифилисом и болевших сифилисом, но не снятых с учета по сифилису

г) профилактическое лечение новорожденных, родившихся у жен­щин, которым было показано профилактическое лечение, но они его не получили

д) профилактического лечения всех женщин детородного возраста

**Вариант 2.**

1. Сифилитическую пузырчатку дифференцируют с

а) вульгарным импетиго

б) эпидемической пузырчаткой новорожденных

в) дисгидротическим микозом стоп

г) везикопустулезом

2. К дистрофиям (стигмам) врожденного сифилиса относится все перечисленное, кроме

а) диастемы Гоше

б) зубов Гетчинсона

в) аксифоидии

г) симптома Авситидийского-Игуменакиса

д) бугорка Корабелли

3. Для зубов Гетчинсона характерно все перечисленное, кроме

а) поражения верхних центральных резцов второго прорезывания

б) поражения верхних молочных центральных резцов

в) наличия полулунной вырезки по свободному краю верхних цент­ральных резцов

г) формы отвертки

д) отсутствия эмали на режущем крае верхних центральных резцов

4. Для сифилитического остеохондрита характерно все перечисленное, кроме

а) заболевание часто обнаруживается в первые 3 месяца жизни

б) обнаруживается после 3 месяцев жизни ребенка

в) поражения длинных трубчатых костей

г) локализации в области метафиза

д) может сопровождаться псевдопараличем Парро

5. Для сифилитического поражения печени у детей грудного воз­раста характерно все перечисленное, кроме

а) плотности

б) гладкой поверхности

в) увеличения размера

г) «кремниевой печени»

д) "мускатной печени"

6. Для раннего врожденного сифилиса характерны следующие проявления:

1. сифилитическая пузырчатка

2. эпидемическая пузырчатка

3. папулезная сыпь

4. саблевидные голени

7. В "триаду Гетчинсона" входят следующие признаки:

1. паренхиматозный кератит

2. зубы Гетчинсона

3. "псевдопаралич" Парро

4. сифилитический лабиринтит

8. Сифилитическое поражение плаценты проявляется:

1. отеком и пролиферацией клеточных элементов

2. наличием кальцификатов плаценты

3. увеличением массы и размеров последа

4. неизменной зародышевой частью

5. эндо-, мезо-, периартериитом

9. Основные исследования детей при подозрении на врожденный сифилис:

1. клиническое обследование

2. исследование глазного дна

3. рентген длинных трубчатых костей

4. осмотр невропатолога с обязательным исследованием ликвора

5. серологические реакции

10. Серологические реакции при подозрении на врожденный сифилис:

1. РВ

2. ИФА

3. РИБТ

4. РИФ

Ситуационные задачи

**Задача 1.**

Ребенок Д., от второй беременности, срочных родов. Мать ребенка 23 лет, незамужем, сельская жительница, на учете у гинеколога не состояла по поводу настоящей беременнос­ти, 3 года назад лечилась по поводу вторичного рецидивного си­филиса. Лечение неполноценное. Пациентка несколько раз преры­вала лечение, клинико-серологический контроль проводила нере­гулярно. При последней явке (1 год назад) клинических проявлений сифилиса не обнаружено, серологические реакции отри­цательные. Пациентка снята с учета, ведет асоциальный образ жизни, злоупотребляет алкоголем. В роддоме оформила отказ от второго ребенка. От дальнейшего исследования на сифилис отказалась, самовольно ушла из роддома. При рождении масса тела ребенка 2936 г, кожа и видимые сли­зистые свободны от высыпаний. Печень выступает на 0,6 см из-под реберной дуги. КСР у ребенка после рождения и через 10 дней отрицателен. Рентгенологическое исследование длинных трубчатых костей: в области дистальных головок бедренных костей определя­ются склеротические полоски просветления 1,5-2,0 мм. Заключение: сифилитический остеохондрит бедренных костей 1-2 степени.

Консультация офтальмолога: сходящееся косоглазие, нистагм, специфических изменений нет. Консультация невропатолога: перинатальная энцефалопатия; гипертенционно-гидратационный синдром. УЗИ внутренних органов: визуализируются включения 2 мм по всей паренхиме печени. Заключение: увеличение правой доли печени. Диффузные изменения паренхимы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Назначьте лечение больному.

3. Какова причина появления больного ребенка?

4. Меры профилактики врожденного сифилиса?

5. Сроки клинико-серологического контроля данного больного?

**Задача 2.**

Больная П., 37 лет поступила на роды. По поводу скрытого раннего серопозитивного сифилиса с 29.01.16г. (на сроке 25-26 недель) получила специфическое и профилактическое лечение экстенциллином в дозе 2,4 млн ЕД внутримышечно 1 раз в неделю, всего 6 инъекций. КСР от 2.04.16. отр. 14.05.16 г родила мальчика массой 3040 г, рост 52 см. Общее состояние ребенка после родов средней тяжести: тремор подбородка, мышечная дистония, тен­денция к мышечному гипертонусу, печень увеличена на 1,5 см, селезенка у края реберной дуги, кожа и видимые слизистые свободны от специфических высыпаний. Ребенку назначено про­филактическое лечение по схеме раннего врожденного сифилиса. В первые сутки после начала лечения отмечалась реакция обо­стрения: температура 37,9о С, на коже живота, ягодиц и конеч­ностей - папулезная сыпь, обильное слизистое отделяемое из носовых ходов. КСР от 14.05.16г. положит., на фоне проводи­мой терапии указанные проявления заболевания разрешились на 5-е сутки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Требуется ли корректировать лечение?

3. Сроки клинико-серологического контроля данного больного?

4. Укажите причины возникновения заболевания у ребенка?

**Задача 3.**

Больной Ю., 64 лет поступил в стационар кожно-венерологического диспансера из отделения хирургии, где лечился по поводу заболевания ЖКТ: состояние после ваготомии и гастродуоденостомии. Переведен в кожвендиспансер в связи с наличием положительных реакций КСР положит 1:12. Из анамнеза: матъ больного умерла, когда ребенку было 5 лет, отец погиб на фронте, двое старших братьев также погибли на фронте, 6 младших братьев и 2 сес­тры умерли в детском возрасте. Больной с 9-летнего возраста от­мечает своеобразную деформацию носа. Больной женат, имеет 5 дочерей, которые обследованы, признаны здоровыми. Больной астеничного телосложения, пониженного питания. На коже правого предплечья атрофический неровный звездчатый рубец величиной с 3-х-копеечную монету. Периферические лимфоузлы не уве­личены. Определяется утолщение правого грудинного конца ключицы (симптом Авситидийского-Игуменакиса), отсутствие мечевидного отростка (аксифоидия), долотообразные верхние центральные резцы с диастемой Гаше, седловидный нос, высокое узкое готическое небо. Границы сердца нормальные, тоны чистые, пульс 74 в минуту, удовлетворительных свойств, АД 120/80 мм рт ст. В легких везикулярное дыхание, печень и селезенка не увеличены. При консультации терапевтом, невропатологом, окулистом пато­логии не выявлено. Заключение отоляринголога: перфорация носовой перегородки. На рентгенограмме трубчатые кости верхних и нижних конечностей без патологических изменений.

КСР: 1:13, РИФ-абс положит., РИТ 100 %.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Назначьте лечение?

3. Почему жена и дети больного здоровы?

4. Сроки клинико-серологического контроля?

**Задача 4.**

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

Вопросы:

1. Какие дополнительные серологические исследования необходимо провести?

2. Какие меры следует предпринять?

3. Сроки клинико-серологического контроля?

**Задача 5.**

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

Вопросы:

1. Тактика врача?

2. Сроки клинико-серологического контроля?

**Задача 6.**

На прием к хирургу обратился больной 37 лет с жалобами на наличие высыпаний в перианальной области. Считает, что заболел 2 недели назад, когда заметил эти высыпания. При осмотре в перианальной области имеются гипертрофированные вегетирующие папулы с мацерированной поверхностью. Кроме этого, у больного обнаружены папулы на ладонях и подошвах и поредение волос на голове, увеличены периферические лимфоузлы.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?

2. Как подтвердить диагноз?

3. Тактика хирурга?

4. Тактика дерматовенеролога?

5. Сроки клинико-серологического контроля?

**Задача 7.**

У 5-месячного ребенка, мать которого получила специфическое лечение по поводу активного сифилиса, клинико-серологических признаков сифилиса не обнаружено.

Вопрос:

1. Какова тактика врача в отношении ребенка?

**Тема 12.** Гонококковая инфекция, негонококковые уретриты у мужчин. Эпидемиология, этиопатогенез, клиника. Лабораторная диагностика, принципы лечения и профилактики.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(тестирование, устный, письменный опрос, представление презентации, решение проблемно-ситуационных задач).*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

Вопросы для устного опроса:

1. Эпидемиология гонококковой инфекции.
2. Этиопатогенез гонококковой инфекции.
3. Классификация гонококковой инфекции.
4. Клиника гонококковой инфекции.
5. Диагностика гонококковой инфекции.
6. Лечение гонококковой инфекции.
7. Профилактика гонококковой инфекции.
8. Реабилитация пациентов с гонококковой инфекцией.
9. Характеристика микроорганизмов семейства Mycoplasmataceae.
10. Эпидемиология урогенитальной микоплазменной инфекции.
11. Классификация урогенитальной микоплазменной инфекции.
12. Клинические проявления урогенитальной микоплазменной инфекции.
13. Диагностика урогенитальной микоплазменной инфекции.
14. Лечение урогенитальной микоплазменной инфекции.
15. Профилактика урогенитальной микоплазменной инфекции.
16. Эпидемиология хламидийной инфекции.
17. Биологические свойства хламидий.
18. Классификация хламидий.
19. Пути инфицирования при урогенитальном хламидиозе.
20. Патогенез урогенитального хламидиоза.
21. Классификация урогенитального хламидиоза.
22. Клиника урогенитального хламидиоза.
23. Диагностика урогенитального хламидиоза.
24. Лечение хламидийной инфекции.
25. Контроль излеченности хламидийной инфекции.
26. Эпидемиология урогенитального трихомониаза.
27. Биологические свойства Trichomonas vaginalis.
28. Пути инфицирования при урогенитальном трихомониазе.
29. Патогенез урогенитального трихомониаза.
30. Классификация урогенитального трихомониаза.
31. Клиника урогенитального трихомониаза.
32. Диагностика урогенитального трихомониаза.
33. Лечение урогенитального трихомониаза.
34. Контроль излеченности урогенитального трихомониаза.
35. Урогенитальный кандидоз.
36. Бактериальный вагиноз.

**Вариант 1.**

1. Кем открыт возбудитель гонореи?

а) Нейссером

б) Шаудиным

в) Гофманом

г) Петерсеном

д) Донне

2. Для реинфекции гонореи характерно все перечисленное, кроме:

а) клинического выздоровления после лечения

б) отсутствие гонококков и нормализация количества лейкоцитов в мазках после лечения

в) указание на половые контакты с нелеченым и/или новым партнером

г) полноценного ранее проведенного лечения

д) сохранения клинических проявлений после лечения

3. Какие микроорганизмы длительное время могут персистировать в трихомонадах?

а) бледная трепонема

б) гонококки

в) вирусы

г) хламидии

д) грибы рода Candida

4. Какими путями осуществляется инфицирование гонококками?

а) половой

б) через предметы туалета, белье

в) при прохождении через родовые пути

г) занос руками в глаза

5. Для свежей гонореи характерно все перечисленное, кроме

а) давности более 2 месяцев

б) острого течения

в) давности до 2 месяцев

г) торпидного течения

д) хронического течения

6. Свежий острый передний гонорейный уретрит характеризуется

а) резями в начале мочеиспускания

б) обильными гнойными выделениями

в) помутнение мочи в I порции

г) рези в конце мочеиспускаия

д) помутнение мочи в I и II порциях

7. К осложнениям гонорейного уретрита относится все перечисленное, кроме

а) парауретрита

б) куперита

в) тизонита

г) проктита

д) простатита

8. Различают следующие формы простатита

а) экссудативный

б) катаральный

в) паренхиматозный

г) перифолликулярный

д) абсцедирующий

9. Клиническими симптомами гонореи глаз является все перечисленное, кроме:

а) отека век

б) экзофтальма

в) светобоязни, гноетечения

г) гиперемии конъюнктивы

д) изъязвления роговицы

10. Возбудителем урогенитального хламидиоза является:

а) Spirochaeta pallidum

б) Ureplasma urelyticum

в) Chlamydia trachomatis серотипы от D до K

г) Gardnerella vaginalis

д) Chlamydia trachomatis серотипы L-1, L-2, L-3

**Вариант 2.**

1. Пути передачи хламидийной инфекции:

а) половой

б) при прохождении через родовые пути

в) бытовой

г) трансфузионый

д) воздушно-капельный

2. Методы лабораторной диагностики хламидиоза:

а) с помощью люминесцентной лампы

б) иммунофлюоресцентный с использованием моноклональных антител

в) исследование нативных препаратов в темном поле

г) выделение в культуре клеток

д) культивирование на плотных питательных средах

3. Клинические проявления хламидиоза

а) остроконечные кондиломы

б) широкие кондиломы

в) конъюнктивит

г) пневмония

д) уретрит

4. Для лечения хламидийной инфекции применяются препараты:

а) группы 5-нитроимидазола

б) пенициллинового ряда

в) тетрациклинового ряда

г) макролиды

д) фторированные хинолоны

5. Какие кожные проявления нередко встречаются при болезни Рейтера?

а) хейлит

б) пиодермия

в) псориазиформные высыпания

г) герпетические высыпания

д) цирцинарный баланопостит

6. Возбудителями урогенитального микоплазмоза являются:

а) Mycoplasma genitalium

б) Mycoplasma hominis

в) Ureaplasma urealyticum

г) Сhlamydia trachomatis

д) Treponema pallidum

7. Пути передачи микоплазменной урогенитальной инфекции

а) половой

б) при прохождении через родовые пути

в) бытовой

г) трансфузионый

д) воздушно-капельный

8. К методам диагностики микоплазмоза относится все перечисленное, кроме

а) культурального

б) ИФА

в) ПЦР

г) ПИФ

д) исследования нативного препарата в темном поле

9. При лечении урогенитального микоплазмоза, обусловленного М.hominis применяются все перечисленные препараты, кроме

а) группы макролидов

б) офлоксацина

в) доксициклина

г) азитромицина

10. Для лечения уреаплазмоза применяется все перечисленные препараты,кроме

а) группы аминогликозидов

б) доксициклина

в) эритромицина

г) азитромицина

Ситуационные задачи

**Задача 1.**

Больной К., 16 лет, учащийся колледжа, имеет постоянное место жительства, поступил в венерологическое отделение с жалобами на гнойные выделения из уретры и рези при мочеиспускании. Болен 10 дней. Имел половой контакт со случайной партнершей, че­рез 6 дней после чего появились гнойные выделения из уретры и рези при мочеиспуска­нии. С этими явлениями обратился в кожно-венерологический диспансер, где при иссле­довании в мазках из уретры был обнаружен гонококк. При поступлении состояние удовлетворительное, губки наружного отверстия уретры гиперемированы, отечны, уретра пальпируется в виде мягко-эластического тяжа, выделе­ния из нее обильные, гнойные. Наружные половые органы без особенностей, предстатель­ная железа при пальпации не изменена. Мочеиспускание свободное, частое, умеренно бо­лезненное. Макроскопическое исследование мочи: обе порции диффузно мутные. Микро­скопическое исследование мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения. Микроскопическое исследование мазков отделяемого слизистой оболоч­ки уретры: лейкоцитоз и гонококки. Общий анализ крови: Нb 142 г/л, лейкоциты - 5,4 х 10 /л, СОЭ 6 мм в час. Комплекс серологических реакций на сифилис отрицателен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение больному.
3. В чем заключается метод комбинированной провокации?

**Задача 2.**

Через неделю после полового акта с незнакомой женщиной больной Г., 28 лет, почувствовал боль и жжение при мочеиспускании, гнойные выделения из уретры. При осмотре: губки уретры гиперемированы, отечны. Из мочеиспускательного канала стекают обильные гнойные выделения. При проведении двухстаканной пробы Томпсона помутнение мочи первой порции. В мазках, окрашенных по Грамму обнаружены гонококки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Назначьте лечение.

3. Меры профилактики.

**Задача 3.**

Больной Б, 39 лет, холост, обратился в КВД с жалобами на скудные выделения из уретры в виде "утренней капли" и непостоян­ные боли в области промежности и крестца. Болен около года, когда после случайной половой связи появились выделения из уретры. Лечился амбулаторно по поводу свежего гонорейного уретрита препаратами пенициллина, после чего наблюдались явления постгонорейного уретрита, получал тетрациклин, трихопол в больших дозах длительными курсами. Наблюдалось некоторое улучшение. Направлен в КВД в связи с безуспешностью терапии. Объективно: Кожный покров свободен от высыпаний, половые ор­ганы развиты правильно по мужскому типу. При осмотре отмечается небольшая отечность губок наружного отверстия уретры и скудные слизистые выделения. Моча в первой порции и во второй порции прозрачная и содержит единичные слизисто-гнойные нити. При ис­следовании простаты через прямую кишку изменений не определяется.

Вопросы:

1. Можно ли поставить диагноз?

2.Какие дополнительные исследования следует сделать?

3. Окончательный диагноз?

4. Назначьте лечение больному.

**Задача 4.**

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

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Каков путь заражения?

3. Методы профилактики офтальмохламидиоза?

4. Назначьте лечение больному.

**Задача 5.**

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

1. Ваш диагноз?

2. Где следует искать источник заражения?

3. Каковы пути заражения детей?

4. Какое лечение следует назначить больному?

**Задача 6.**

Больная Б., 30 лет состоит 3 года в бесплодном браке. Обратилась в женскую консультацию с жалобами на ощущение влажности в по­ловых органах, небольшие боли в пояснице при менструациях. Объективно: свободных выделений из уретры нет. При осмотре ги­некологическим зеркалом слизистая влагалища не изменена, шейка матки отечна, из цервикального канала - умеренные слизисто-гной­ные выделения, вокруг наружного зева имеется яркое красное пят­но, являющееся проявлением эндоцервицита, с четким наружным краем. При бимануальном исследовании матка и придатки не увели­чены. При обследовании мужа - выявлен хронический уретрит, ка­таральный простатит. При исследовании соскоба из уретры у мужа и цервикального канала женщины обнаружены микоплазмы методом ПЦР. Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Может ли он быть причиной бесплодия?

3. Какие выводы можно сделать из данного случая?

4. Назначьте лечение.

**Задача 7.**

Больной Б., 20 лет обратился в клинику КВД с жалобами на обильные выделения из уретры, рези при мочеиспускании, уча­щенное мочеиспускание и рези в конце его, болезненные эрекции. Заболел остро 2 дня назад, заболевание связывает со случайной половой связью 12 дней назад. Объективно: кожа половых органов и перианальной области свободна от высыпаний. Половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Из уретры обильное гнойное отделяемое, губки наружного отверстия уретры резко гиперемированы, отечны, уретра гиперемирована, болезненная при пальпации. Половой член в полуэригированном состоя­нии. При пальпации органов мошонки патологии нет. При пальпаторном обследовании простаты - изменений нет. При проведении двухстаканной пробы моча мутная в двух стаканах, имеются гнойные нити и хлопья.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Каковы клинические особенности смешанных урогенитальных инфекций?

3. Назначьте лечение данному больному.

**Тема 12.** Защита истории болезни. Рубежный контроль. Тестирование. Прием практических навыков.

**Вопросы для рубежного контроля.**

1. Клинический подход к диагностике и лечению ИППП.
2. Лабораторная диагностика ИППП.
3. Эпидемиология сифилиса.
4. Этиопатогенез сифилиса.
5. Классификация сифилиса.
6. Общее течение сифилиса.
7. Вариация сроков инкубационного периода.
8. Особенности течения сифилиса.
9. Особенности первичного сифилиса.
10. Особенности вторичного сифилиса.
11. Особенности третичного сифилиса.
12. Скрытый сифилис.
13. Профилактика сифилиса.
14. Сифилис и беременность.
15. Сифилис плода.
16. Ранний врождённый сифилис.
17. Поздний врожденный сифилис.
18. Диагностика врождённого сифилиса.
19. Дифференциальный диагноз клинических проявлений врождённого сифилиса.
20. Лечение врождённого сифилиса.
21. Профилактика врождённого сифилиса.
22. Исследование отделяемого сифилидов на бледную трепонему.
23. Антителообразование при сифилисе.
24. Серологическая диагностика сифилиса.
25. Нетрепонемные тесты.
26. Трепонемные тесты.
27. Диагностическая ценность серологических реакций.
28. Серорезистентность.
29. Эпидемиология гонококковой инфекции.
30. Этиопатогенез гонококковой инфекции.
31. Классификация гонококковой инфекции.
32. Клиника гонококковой инфекции.
33. Диагностика гонококковой инфекции.
34. Лечение гонококковой инфекции.
35. Профилактика гонококковой инфекции.
36. Реабилитация пациентов с гонококковой инфекцией.
37. Характеристика микроорганизмов семейства Mycoplasmataceae.
38. Эпидемиология урогенитальной микоплазменной инфекции.
39. Классификация урогенитальной микоплазменной инфекции.
40. Клинические проявления урогенитальной микоплазменной инфекции.
41. Диагностика урогенитальной микоплазменной инфекции.
42. Лечение урогенитальной микоплазменной инфекции.
43. Профилактика урогенитальной микоплазменной инфекции.
44. Эпидемиология хламидийной инфекции.
45. Биологические свойства хламидий.
46. Классификация хламидий.
47. Пути инфицирования при урогенитальном хламидиозе.
48. Патогенез урогенитального хламидиоза.
49. Классификация урогенитального хламидиоза.
50. Клиника урогенитального хламидиоза.
51. Диагностика урогенитального хламидиоза.
52. Лечение хламидийной инфекции.
53. Контроль излеченности хламидийной инфекции.
54. Эпидемиология урогенитального трихомониаза.
55. Биологические свойства Trichomonas vaginalis.
56. Пути инфицирования при урогенитальном трихомониазе.
57. Патогенез урогенитального трихомониаза.
58. Классификация урогенитального трихомониаза.
59. Клиника урогенитального трихомониаза.
60. Диагностика урогенитального трихомониаза.
61. Лечение урогенитального трихомониаза.
62. Контроль излеченности урогенитального трихомониаза.
63. Урогенитальный кандидоз.
64. Бактериальный вагиноз.

**ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»**

**1.** Брать мазки-отпечатки и распознавать акантолитические клетки

2. Взять патологический материал для выявления чесоточного клеща, патогенных грибов и возбудителей ИППП

3. Воспроизводить и оценивать пробу Ядассона

4. Вызывать симптом Никольского и его модификации

5. Выписывать рецепты препаратов на основные лекарственные формы для общего и наружного применения

6. Диагностировать заболевания, составлять план лечения и вторичной профилактики больных с дерматозами

7. Заполнять извещение 089у/кв на больных с заразными кожными и венерическими заболеваниями

8. Знать методы обнаружения чесоточного клеща

9. Знать основные принципы выполнения биопсии кожи

10. Знать правила ранней диагностики меланомы

11. Использовать клинико-морфологический анализ в диагностике кожных болезней

12. Использовать методику граттажа для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний кожи

13. Исследовать содержимое полостных элементов

14. Клинически определять первичные и вторичные морфологические элементы на коже, губах и слизистой оболочке полости рта

15. Описывать локальный статус при поражении кожи и слизистой оболочки полости рта у взрослых и детей

16. Определять по вторичным морфологическим элементам предшествовавшие им первичные морфологические элементы

17. Осмотреть кожу, волосы, ногти, слизистые оболочки, красную кайму губ у взрослых и детей

18. Оценивать дермографизм

19. Оценивать изоморфную реакцию Кебнера

20. Пользоваться дерматоскопом для диагностики основных заболеваний кожи

21. Пользоваться лампой Вуда для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний кожи инфекционной и неинфекционной природы

22. Применять наружные лекарственные формы при различных дерматозах, работать в мазевом кабинете

23. Проводить дезинфекцию рук и инструментов при работе с больными заразными кожными и венерическими заболеваниями

24. Проводить профилактику гонококковой офтальмии у новорожденных

25. Собрать анамнез у больного кожным и венерическим заболеванием

26. Составить историю болезни взрослого больного и ребенка, в том числе и с высыпаниями на слизистой оболочке полости рта и губах

27. Удалять элементы заразительного (контагиозного) моллюска

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **Устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **Решение ситуационных**  **задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **Защита истории болезни** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите истории болезни: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ выставленного диагноза и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, диагноз раскрыт полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к написанию истории болезни и ее защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в обосновании диагноза; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем истории болезни; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к написанию истории болезни. В частности, диагноз обоснован лишь частично; допущены фактические ошибки в диагнозе или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся неправильно поставлен или обоснован диагноз, обнаруживается существенное непонимание заболевания. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Сдача практических навыков** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется обучающемуся при правильном выполнении всех предложенных навыков и правильной их интерпретации. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется обучающемуся, который, в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется обучающемуся, который ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» в том случае, если обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

1. Морфология и физиология кожи и её придатков.
2. Морфологические элементы. Основные патогистологические изменения в коже.
3. Основные принципы терапии дерматозов. Общее лечение.
4. Основные принципы лечения дерматозов. Наружное лечение.
5. Псориаз. Классификация. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
6. Осложнения псориаза. Классификация. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
7. Розовый лишай. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
8. Красный плоский лишай. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
9. Пузырные дерматозы. Классификация. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика акантолитической пузырчатки.
10. Герпетиформный дерматоз Дюринга. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
11. Себорея. Акне. Классификация. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
12. Аллергодерматозы. Классификация. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика дерматитов.
13. Истинная экзема. Классификация. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
14. Микробная экзема. Классификация. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
15. Токсикодермия. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
16. Профессиональные заболевания кожи вследствие воздействия химических факторов. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
17. Нейродерматозы. Классификация. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика кожного зуда, почесухи взрослых.
18. Крапивница. Этиопатогенез. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
19. Атопический дерматит. Эпидемиология. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
20. Алопеции. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика гнездной алопеции.
21. Красная волчанка (рубцующийся эритематоз). Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
22. Склеродермия. Классификация. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
23. Васкулиты кожи. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
24. Нарушения пигментации кожи. Предраковые заболевания кожи. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
25. Чесотка. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
26. Педикулез. Демодекоз. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
27. Стафилококковые пиодермии. Эпидемиология. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
28. Стрептококковые пиодермии. Эпидемиология. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
29. Профессиональные заболевания кожи, вызванные инфекционными возбудителями. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
30. Кератомикозы. Классификация. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
31. Дерматомикозы. Классификация. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика паховой эпидермофитии.
32. Микоз, обусловленный красным трихофитоном (рубромикоз). Эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
33. Микоз, обусловленный межпальцевым трихофитоном. Эпидемиология, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
34. Микроспория. Эпидемиология, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
35. Онихомикозы. Этиопатогенез. Эпидемиология. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
36. Трихомикозы. Поверхностная трихофития. Хроническая трихофития. Эпидемиология. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
37. Инфильтративно-нагноительная трихофития. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
38. Кандидоз кожи и слизистых. Эпидемиология. Классификация. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
39. Туберкулёз кожи. Классификация. Этиопатогенез, клининка, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика туберкулёзной волчанки.
40. Скрофулодерма. Этиопатогенез, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
41. Диссеминированные формы туберкулёза кожи. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
42. Герпес простой. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
43. Опоясывающий герпес. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
44. Бородавки. Контагиозный моллюск. Эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
45. Саркома Капоши. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
46. История развития венерологии. Роль российских учёных в развитии венерологии.
47. ИППП. Эпидемиология. Классификация сифилиса (по МКБ-Х и клиническая).
48. Сифилис. Эпидемиология. Этиопатогенез. Биологические свойства возбудителя.
49. Общее течение сифилиса.
50. Сифилис первичный. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
51. Атипичные формы твёрдого шанкра. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
52. Осложнённые формы твёрдого шанкра. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
53. Вторичный сифилис. Этиопатогенез. Классификация. Общая характеристика клинических проявлений.
54. Папулёзный сифилид. Общая характеристика клинических проявлений, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
55. Розеолёзный сифилид. Общая характеристика клинических проявлений, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
56. Поражение слизистой оболочки полости рта при вторичном сифилисе. Общая характеристика клинических проявлений, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
57. Пустулёзный сифилид. Общая характеристика клинических проявлений, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
58. Сифилитическая лейкодерма и сифилитическая алопеция. Общая характеристика клинических проявлений, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
59. Дифференциальный диагноз вторичного свежего и рецидивного сифилиса. Клинические особенности рецидивного сифилиса.
60. Третичный сифилис. Общая характеристика клинических проявлений. Бугорковый сифилид. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
61. Третичный сифилис. Гуммозный сифилид. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
62. Висцеральный сифилис. Поражение внутренних органов, костей и суставов при различных формах сифилиса. Сифилис нервной системы.
63. Скрытый сифилис. Классификация. Диагностика.
64. Сифилис и беременность. Течение и исходы беременности. Сифилис плода (этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз).
65. Поздний врождённый сифилис. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
66. Ранний врождённый сифилис грудного возраста. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
67. Врождённый сифилис раннего детского возраста. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
68. Иммунитет при сифилисе. Суперинфекция. Реинфекция. Серорезистентность.
69. Лабораторная диагностика сифилиса. Диагностическая ценность серологических реакций в различные периоды сифилиса.
70. Общие принципы лечения сифилиса. Препараты для терапии сифилиса. Профилактика приобретенного сифилиса.
71. Шанкроид. Эпидемиология. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
72. Донованоз. Эпидемиология. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
73. Гонококковая инфекция. Эпидемиология. Этиопатогенез. Биологические свойства возбудителя. Методы лабораторной диагностики гонококковой инфекции.
74. Классификация гонококковой инфекции (МКБ-Х и клиническая).
75. Осложнённые формы гонококковой инфекции у женщин. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
76. Осложнённые формы гонококковой инфекции у мужчин. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
77. Диссеминированная гонококковая инфекция. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
78. Принципы лечения неосложнённой гонококковой инфекции.
79. Принципы лечения осложненной гонококковой инфекции.
80. Критерии излеченности гонококковой инфекции. Профилактика гонококковой инфекции.
81. Урогенитальная хламидийная инфекция. Эпидемиология. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
82. Урогенные реактивные артриты. Эпидемиология, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
83. Урогенитальные заболевания, вызванные микоплазмами. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
84. Урогенитальные заболевания, вызванные уреаплазмами. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
85. Урогенитальный трихомониаз у мужчин. Эпидемиология, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
86. Урогенитальный трихомониаз у женщин. Эпидемиология, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
87. Генитальный герпес. Эпидемиология, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
88. Урогенитальный кандидоз у мужчин. Эпидемиология, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
89. Папилломавирусная инфекция урогенитального тракта. Эпидемиология, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
90. Бактериальный вагиноз. Эпидемиология, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
91. Кожные проявления ВИЧ-инфекции. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.

**Перечень задач для проведения промежуточной аттестации по дисциплине.**

**Задача 1.**

В КВД обратилась женщина 28 лет с жалобами на распространенные высыпания, появившиеся неделю назад. Со слов больной сыпь субъективно не беспокоит, в последние дни появились новые мелкие высыпания, а ранее существовавшие медленно увеличиваются в размерах. При осмотре на коже туловища и конечностей, на лице обнаружены множественные красные шелушащиеся серебристыми чешуйками папулы, милиарного, лентикулярного размера, склонные к слиянию в бляшки. На слизистой оболочки рта и половых органов высыпаний нет.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Укажите стадию заболевания и обоснуйте свое мнение.
3. Какие мероприятия необходимо провести для уточнения диагноза?

**Задача 2**.

В косметический салон обратилась девушка 18 лет с жалобами на обильные веснушки нa коже лица. Пациентка рыжеволосая, с тонкой белой кожей. Врач-косметолог рекомендовал ей смазывать кожу отбеливающим кремом, содержащим хлорбутин. Спустя 4 дня пocле первого смазывания пациентка почувствовала легкий зуд. Она повторила смазывание кожи лица этим кремом. Спустя еще 2 часа появилось покраснение кожи лица, отечность век, гyб, крыльев носа и ушных раковин. Нарастало чувство жжения. Появились мелкие пузырьки на коже лбa. Больная обратилась к дерматологу в районный КВД.

Вопорсы:

1. Предположительный диагноз.
2. Определите врачебную тактику ведения больной.
3. Диффернциальный диагноз.

**Задача 3.**

К дерматологу обратилась женщина 34 лет с жалобами на кожный зуд, наиболее интенсивный в вечернее и ночное время, сыпь на туловище, конечностях. Больна около недели. Заболевание связывает с употреблением в пищу винограда. При осмотре на коже живота, ягодиц, бедер, в межпальцевых складках выявлены высыпания в виде папул, везикул, располагающихся преимущественно парно, линейных расчесов, кровянистых корочек. Клинические анализы крови и мочи без особенностей. Серологические исследования на сифилис отрицательные.

Вопросы:

1. О каких заболеваниях можно думать?

2. Какая тактика необходима в денном случае?

**Задача 4.**

На прием к врачу-терапевту обратился мужчина 30 лет с жалобами на сильный зуд в области кистей, живота и половых органов, усиливающийся в вечернее время. Болен 1,5 месяца. Отмечает появление зуда после употребления в пищу пива, кофе, шоколада, цитрусовых. В связи с заболеванием самостоятельно принимал димедрол, глюконат кальция, местно - флуцинар. Отмечалось незначительное улучшение.

Вопросы:

1. О каких заболеваниях можно думать?

2. На какие анамнестические данные следует обратить внимание?

3. На что нужно обратить внимание при осмотре кожного покрова.

**Задача 5.**

На прием к врачу обратилась женщина 52 лет, с жалобами на появление резко болезненного узла в области правого предплечья. При осмотре на разгибательной поверхности предплечья имеется возвышающийся узловатый инфильтрат багрово-красного цвета, резко болезненный при пальпации, вокруг его кожа отечна. При пальпации в центре узла определяется флюктуация.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз?

2. Составьте план лечения.

**Задача 6.**

На прием к дерматологу обратилась мать с ребенком 4 лет. Со слов матери около 2 дней назад у сына на лице в области подбородка появился небольшой пузырек с мутным желтоватым содержимым, который стал быстро расти по периферии, и к концу дня превратился в эрозию. После смазывания эрозии детским кремом состояние кожи ухудшилось, стали появляться новые аналогичные очаги поражения на лице, быстро ссыхающиеся в медово-желтые корочковые наслоения. В связи с тем, что очаги поражения вызывали у ребенка зуд, он часто их расчесывал, чем вызывал срывание корок и появление из некоторых очагов кровотечения. Мать привела ребенка к врачу из-за отстранения его от посещения детского сада воспитателем. Объективно: в области подбородка, углов рта, крыльев носа, ушных раковин имеются неправильной формы очаги гиперемии, эрозии со ссыхающимися медово-желтыми и кровянистыми корочками. Аналогичные очаги поражения в меньшей степени отмечаются на коже тыла правой кисти, ногтевой валик указательного пальца воспален, имеется серповидной формы тонкостенный пузырек, заполненный мутновато-желтым содержимым

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?

2. Назовите необходимые терапевтические мероприятия?

3. Целесообразно ли отстранение ребенка от посещения детского сада?

**Задача 7.**

В районном родильном доме у одного из новорожденных на верхних конечностях и туловище на фоне эритематозных пятен обнаружены пузыри размером с крупную горошину, полушаровидной формы, с серозным содержимым. Температура тела 36,8оС.

Вопросы:

1. Клинический диагноз?

2. Ваши соображения по обследованию и лечению ребенка?

3. С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз?

**Задача 8.**

На прием к дерматологу обратилась пациентка 35 лет, у которой после перенесенной

пневмонии появились высыпания на верхней губе. Их появлению предшествовало общее недомогание, озноб и чувство жжения. При осмотре: на красной кайме верхней губы на фоне эритематозно-отечного пятна имеются сгруппированные, величиной от 2 до 3 мм в диаметре пузырьки, заполненные серозным содержимым.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Какой фактор способствовал развитию заболевания?

3. Какова тактика лечения?

**Задача 9.**

На прием обратилась мать с ребенком 7 лет, у которого в течение 4 месяцев на коже кистей имеются узелки серовато-белого цвета. В последнее время количество данных элементов стало увеличиваться. При осмотре на коже тыла кистей и пальцев имеются плотные полушаровидные элементы с шероховатой поверхностью. Размеры их варьируют от булавочной головки до горошины. Кожа в области образований не изменена. Субъективных ощущений нет.

Вопросы:

1. О каком заболевании вероятнее всего идет речь?

1. Какова тактика лечения?

**Задача 10.**

У больного 11 лет, на тыльной поверхности кистей имеются множественные, четко отграниченные, плотные, безболезненные, возвышающиеся над уровнем кожи полушаровидные невоспалительные узелки грязно-серого цвета, 5 мм в диаметре, с неровной шероховатой поверхностью.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Предложите наиболее эффективное лечение.

**Задача 11.**

На прием обратился больной, 32 года, с жалобами на сыпь и чувство жжения на коже полового члена. Болен 5 месяцев. За это время аналогичные высыпания появлялись 6 раз, их возникновению предшествовали простудные заболевания, а также половые контакты. Сыпь, просуществовав 7-10 дней, исчезала. При осмотре на коже полового члена имеется очаг размером с однокопеечную монету. Кожа на нем отечна и гиперемирована, на фоне чего имеются мелкие пузырьки и полициклические эрозии.

Инфильтрата в основании эрозии нет. Паховые лимфоузлы незначительно увеличены, слегка болезненны, тестоватой консистенции.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

3. Какое лечение необходимо провести?

**Задача 12.**

На прием обратился больной 37 лет, каменщик, с жалобами на высыпания на лице, очаги облысения на голове. Болен четыре года. Начало заболевания связывает с частыми ангинами. Процесс на лице обостряется в летнее время, носит прогрессирующий характер. При осмотре: на коже щек, ушных раковин располагаются эритематозные очаги, резко отграниченные от окружающей кожи, округлых очертаний, покрытые серовато-белыми, сухими, плотно сидящими чешуйками. При насильственном удалении на нижней поверхности чешуек отмечаются шипообразные выступы, приуроченные к расширенным фолликулам кожи. На некоторых бляшках со слабо выраженным шелушением видны роговые пробочки в виде серовато-белых точек, закрывающих устья фолликулов. На волосистой части головы в теменной области имеются два небольших очага поражения округлых очертаний, в центре их – гладкий, слегка синюшный нежный атрофический рубец, вокруг него – ободок плотно прилегающих желтовато-серых чешуек и снаружи узкий венчик гиперемии; волосы в очагах отсутствуют. Субъективно: болезненность при насильственном удалении чешуек с очагов поражения.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование?

2. Отметьте главные клинические признаки данного дерматоза, наметьте план лечения.

3. Назначьте мероприятия по профилактике рецидивов заболевания.

**Задача 13.**

У больного после посещения бани в области внутреннего свода стоп появилась группа пузырьков, напоминающих разваренные саговые зерна с плотной покрышкой, величиной от булавочной головки до небольшой горошины. На некоторых местах пузырьки слились, а затем вскрылись, возникли эрозивные поверхности с бордюром мацерированного эпидермиса по периферии. На коже туловища, верхних конечностей отмечаются мелкие пузырьки и пятна.

Вопросы:

1. О каком диагнозе следует думать?

2. Какие лабораторные исследования необходимо провести?

3. Общее и местное лечение данного заболевания.

**Задача 14.**

На прием к дерматологу обратился мужчина 25 лет, с жалобами на множественные пигментные пятна различной конфигурации и размера на верхней половине туловища, которые появились после загара. На отдельных участках обнаруживаются единичные пятна желтовато-бурого цвета с отрубевидным шелушением на поверхности.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?

1. Какие методы исследования нужно применить для подтверждения диагноза?

2. Что, по вашему мнению, можно использовать для лечения больного?

**Задача 15.**

При осмотре у больного на коже подошв отмечается выраженная инфильтрация, диффузная гиперемия, отчетливо видны кожные бороздки с выраженным муковидным шелушением. Процесс захватывает также тыльные и боковые поверхности стоп и пальцев. Ногтевые пластинки на коже стоп утолщены, легко крошатся, отмечается подногтевой гиперкератоз. Больной страдает данным заболеванием около 2-х лет, первые проявления болезни появились во время прохождения службы в армии.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Какие лабораторные исследования необходимо провести больному?

3. Общее и местное лечение данного заболевания.

**Задача 16.**

На прием обратился пациент 37 лет, у которого на подошвах имеется муковидное шелушение по ходу кожных борозд. Все ногтевые пластинки стоп и кистей серовато-желтого цвета, утолщены и частично разрушены.

Вопросы:

1. Какое заболевании можно предположить?

2. Какое обследование следует провести больному?

3. Наметьте тактику лечения.

**Задача 17.**

На прием обратилась больная 47 лет с признаками поражения кожи крупных складок, а также слизистых оболочек полости рта и половых органов. Больная тучная, весит 118 кг, страдает сахарным диабетом. В течение двух последних недель принимала антибиотики по поводу обострения хронического бронхита. Объективно: в кожных складках отмечается гиперемия, мацерация эпителия с образованием эрозий, белесоватые налеты по краям эрозий. Слизистая полости рта ярко-малинового цвета, язык обложен сероватым налетом, на слизистой щек также отмечаются творожистые налеты, легко снимающиеся с помощью шпателя, в углах рта - эрозии с обрывками эпидермиса. В области вульвы отмечается выраженная гиперемия, захватывающая большие и малые половые губы, при осмотре слизистой влагалища и шейки матки определяется большое количество творожистых выделений, гиперемия и отечность стенок, эрозии.

Вопросы:

1. О каком диагнозе следует думать?

2. Какие лабораторные исследования необходимо провести?

3. Общее и местное лечение данного заболевания.

**Задача 18.**

На прием к дерматологу обратилась женщина 38 лет с жалобами на зуд в области межпальцевых промежутков стоп, поражение кожи в указанных областях. При осмотре определяется покраснение, мацерация кожи, небольшие эрозии, трещины. Кожа легко отслаивается при потягивании за обрывки или трении. На коже свода стоп отмечается легкое шелушение, единичные пузырьки, напоминающие разваренные зерна саго. Ногти обычной окраски, не изменены.

Вопросы:

1. Для какого заболевания характерна подобная картина?

1. Что требуется для уточнения диагноза?

2. Какое лечение можно назначить больной?

**Задача 19.**

На прием к врачу обратилась женщина 34 лет, у которой в полости рта, на языке, твердом и мягком небе определяются очаги в виде белесоватых налетов, которые легко снимаются при поскабливании шпателем с обнажением эрозий. В углах рта кожа слегка воспалена, имеются небольшие эрозии с бордюром отслаивающегося эпидермиса. По словам больной, указанные явления развились через неделю после начала приема преднизолона по поводу обострения экземы.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз.
2. В чем, по вашему мнению, причина заболевания?
3. Тактика лечения больной.

**Задача 20.**

Мальчик 15 лет, жалуется на зудящие высыпания на коже стоп, которые появились после посещения бассейна. Объективно: на коже внутренних сводов стоп на фоне эритематозной кожи пузырьки, эрозии, корочки. Подобные высыпания имеются на коже ладоней.

Вопросы:

1. Укажите клинический диагноз?
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение?

**Задача 21.**

На прием к дерматологу обратилась мать с ребенком 7 лет, у которого на волосистой части головы она обнаружила очаг выпадения волос. При осмотре на волосистой части головы определяется очаг размером 2 см в диаметре, в котором волосы представляются как бы «неаккуратно выстриженными» с пеньками сероватого цвета, кожа обильно шелушится, по периферии очага определяется зона легкой гиперемии. При люминесцентном исследовании обнаружено зеленоватое свечение.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Кто может служить источником заражения данного ребенка?
4. Перечислите карантинные мероприятия в детском саду.

**Задача 22.**

На прием к дерматологу обратилась женщина 40 лет, работающая дояркой в совхозе. Несколько дней тому назад у нее поднялась температура, появилась общая слабость. Накануне больная обратила внимание на появление на волосистой части головы болезненного возвышения, а также увеличение лимфатических узлов в заушных областях. Объективно: в затылочной области на волосистой части головы определяется резко отграниченный от окружающей кожи островоспалительный инфильтрат, заметно приподнятый над уровнем кожи. Волосы в очаге склеены вследствие выделения гноя. При легком потягивании волосы легко выдергиваются. При сдавливании очага из волосяных фолликулов выделяется гной, напоминая картину «медовых сот». У больной отмечается увеличение шейных лимфатических

узлов до размеров фасоли, пальпация их болезненна, температура тела 37,8°С.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?

2. Что необходимо сделать для подтверждения диагноза?

3. Назовите возможный источник заболевания?

4. Какое лечение требуется больной?

**Задача 23.**

При осмотре больного 20 лет, в области пахово-бедренных складок обнаружены коричневого цвета пятна с четкими валикообразными фестончатыми краями. На поверхности пятен определяется отрубевидное шелушение. Субъективные ощущения отсутствуют.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Назначьте лечение.

**Задача 24.**

На прием к дерматологу обратилась мать с ребенком 5 лет, у которого на коже туловища, конечностей появились высыпания округлой формы, напоминающие концентрические кольца. При осмотре обнаружены множественные округлые очаги различных размеров, розовой окраски, кожа в которых шелушится. Границы очагов четкие с возвышающимся отечным валиком, состоящим из мелких узелковых и пузырьковых элементов. В некоторых очагах определяется фигуры типа «кольцо в кольце».

Вопросы:

1. О каких заболеваниях следует думать?

2. Какие анамнестические сведения следует уточнить?

3. Что требуется для постановки диагноза?

4. Тактика лечения?

**Задача 25.**

На прием обратилась женщина 35 лет с жалобами на поражение кожи под молочными

железами. У женщины в складках под молочными железами отмечаются очаги гиперемии темно-красного цвета с четкими границами. Эрозии в центре складок покрыты налетом белесоватого цвета, при снятии налета обнажаются ярко-красные эрозивные поверхности. По периферии очагов имеются мелкие узелковые элементы.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Какие методы лабораторного исследования необходимо использовать для

подтверждения диагноза?

3. Назначьте лечение.

**Задача 26.**

К врачу обратился молодой человек с жалобами на выпадение волос. Объективно: в области затылка, висков, бороды имеются очажки полного облысения диаметром 1-1,5 см., округлых очертаний. Кожа в очагах гладкая, шелушения и воспаления нет. В квартире больного имеется кошка с котятами.

Вопросы:

1. При каких заболеваниях может наблюдаться подобная клиническая картина?

2. Какие лабораторные исследования уточнят диагноз?

3. Какова тактика врача в данном случае?

**Задача 27.**

При профилактическом осмотре детей в детском саду у 4-летнего мальчика на волосистой части головы обнаружено несколько очагов округлой формы с наличием мелкого пластинчатого шелушения. В очаге поражения имеются отдельные обломанные волосы. В летнее время мальчик отдыхал у бабушки, проживающей в сельской местности.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Какими исследованиями можно подтвердить диагноз?

3. Эпидмероприятия в очаге?

**Задача 28.**

На прием к терапевту обратился больной 65 лет с жалобами на резкие боли в левой половине грудной клетки. Болен 5 дней, боли постепенно усиливаются. При осмотре на коже правой половины грудной клетки по ходу межреберных нервов располагается линейный очаг поражения. Кожа в нем отечна, гиперемирована. На этом фоне располагаются множественные сгруппированные везикулы с прозрачным содержимым, отмечается появление свежих высыпаний. В анамнезе контакт с больным ветряной оспой.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?

2. Какова тактика обследования и лечения?

**Задача 29.**

Больная предъявляет жалобы на плотные пятна на левой молочной железе и коже живота. Считает, что поражение кожи появилось после механической травмы. При осмотре на коже молочной железы и живота определяется три очага размером до 10 см, округло-овальных очертаний, восковидного цвета, по периферии окружены сиреневого цвета венчиком. Поверхность очагов блестящая, при пальпации очаги плотные, в складку кожа не собирается, безболезненность.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?

2. Какие лабораторные исследования необходимо сделать?

3. Определите план лечения и профилактики рецидивов.

**Задача 30.**

Больная М., 40 года. В течение 2–х лет отмечает образование на задней поверхности голеней медленно развивающихся узлов, слегка болезненных при пальпации, величиной с грецкий орех, кожа над ними синюшно-красного цвета. Больная указывает, что отдельные узлы изъязвляются, образуя длительно не заживающиеся язвы, заканчивающиеся втянутым рубцом.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования необходимо назначить?

3. Проведите дифференциальную диагностику.

**Задача 31.**

Больная М., 40 года. В течение 2–х лет отмечает образование на задней поверхности голеней медленно развивающихся узлов, слегка болезненных при пальпации, величиной с грецкий орех, кожа над ними синюшно-красного цвета. Больная указывает, что отдельные узлы изъязвляются, образуя длительно не заживающиеся язвы, заканчивающиеся втянутым рубцом.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования необходимо назначить?

3. Проведите дифференциальную диагностику.

**Задача 32.**

На прием к дерматологу обратилась мать с ребенком 5 лет, у которого на протяжении

длительного времени периодически на коже лица, туловища, конечностей, ягодиц возникают зудящие высыпания. Ребенок страдает повышенной раздражительностью, капризен, плохо спит. При осмотре отмечается повышенная сухость кожи, увеличение лимфатических узлов в паховых и бедренных областях. На коже лица, разгибательных отделов конечностей, туловище, ягодицах имеется множество рассеянных папуловезикул, точечных эрозий, кровянистых корочек на местах расчесов. Отмечается белый дермографизм. По словам матери, подобные высыпания часто возникают после употребления в пищу молока, сладостей, клубники, рыбы и некоторых других продуктов.

Вопросы:

1. Каким заболеванием страдает ребенок?

2. Наметьте план лечебных и профилактических мероприятий.

**Задача 33.**

К врачу обратился больной 30 лет, с жалобами на появление пузырей и эрозий на слизистой полости рта и красной кайме губ, сыпь на разгибательных отделах рук и ног. Заболел остро 2 дня тому назад, когда после переохлаждения отметил повышение температуры тела до 38,5°С. На следующий день появились указанные высыпания. Объективно: в полости рта, на губах имеются многочисленные болезненные эрозии, легко кровоточащие при дотрагивании. На коже дистальных отделов верхних и нижних конечностей имеются отдельные отечные папулы ярко-красного цвета с западающим центром.

Вопросы:

1. Какое заболевание развилось у больного?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Принципы лечения.

**Задача 34.**

Больной 27 лет, предъявляет жалобы на высыпания на коже волосистой части головы и поражение ногтей. Болен 2 года. Схожей болезнью страдает отец. Объективно: на коже затылочной области волосистой части головы имеются две бляшки диаметром около 5 см., инфильтрированы, с четкими границами, шелушением по всей поверхности. Ногтевые пластинки кистей тусклые, с точечными вдавлениями в виде наперстка.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Принципы лечения?

**Задача 35.**

К стоматологу обратилась больная 35 лет с жалобами на появление высыпаний в полости рта, вызывающих затруднение при приеме горячей и соленой пищи. Страдает сахарным диабетом. При осмотре слизистой рта отмечается выраженная гиперемия и отек слизистой щек, на фоне которых имеется множество эрозий и изъязвлений, дно которых покрыто белым налетом. Удаление налета вызывает кровотечение. На языке, слизистой твердого неба определяются отдельные мелкие узелки белесовато-перламутрового цвета, сливающиеся между собой в причудливые фигуры.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?

2. Принципы общего и местного лечения?

**Задача 36.**

Больной жалуется на обильную яркую сыпь, сопровождающуюся зудом. Заболел неделю тому назад, когда впервые после мытья заметил на груди большое пятно красного цвета. Продолжал ежедневно принимать душ. Появились яркие высыпания на коже туловища и конечностей. Объективно: сыпь представлена розовыми пятнами сходными с медальонами, в центре покрытыми чешуйками.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?

2. С чем необходимо дифференцировать?

**Задача 37.**

На прием обратился больной 37 лет с жалобами на поражение кожи ладоней и подошв. При осмотре на коже определяются четко очерченные бляшки, гиперемированные, покрытые обильными роговыми наслоениями, с трудом отторгающимися при поскабливании, глубокие трещины. Отдельные ногтевые пластинки на руках и стопах у свободного края имеют бурую окраску, поперечную исчерченность, кое-где точечные углубления.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?

2. Как подтвердить диагноз?

3. Ваши рекомендации по лечению и профилактике обострений.

**Задача 38.**

Мужчина 45 лет, рабочий цементного завода, обратился с жалобами на поражение кожи рук, сопровождающееся умеренным зудом. Впервые заболевание появилось примерно через год после начала работы. Отмечает улучшение состояния во время отпуска. Объективно: на кистях и предплечьях участки застойной гиперемии и инфильтрации, на фоне которой множество мелких везикулярных высыпаний, серозных корочек, на кистях – глубокие трещины.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить?

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

3. Основной принцип профилактики обострений заболевания?

**Задача 39.**

Женщина 30 лет, работающая кондитером, обратилась с жалобами на язвочку между III и IV пальцами правой кисти, сопровождающуюся жжением и зудом. Объективно: определяется эрозия неправильных очертаний, без инфильтрации, окаймленная белым воротничком набухшего рогового слоя.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?

2. Какое лабораторное исследование необходимо провести?

3. Составьте план лечения.

**Задача 40.**

На прием обратился больной 25 лет с жалобами на жжение, зуд, отечность кожи лица, рук, груди, живота. Неделю тому назад без средств защиты обрабатывал каким-то химическим средством огород. Через три дня после этого появилось поражение кожи. Объективно: кожа в очагах поражения резко отечна, гиперемирована с папуло-везикулезными высыпаниями, пластинчатым шелушением.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?

1. 2. Назначьте лечение.

**Задача 41.**

Больной поступил в стационар с жалобами на появление сыпи на коже верхних конечностей, спины, груди, лица. Свое заболевание связывает с прием каких-то таблеток по поводу ангины. Объективно: отмечается обильная сыпь в виде пятен, волдырей, пузырьков по всему кожному покрову. Больного беспокоит общая слабость, головная боль, повышение температуры.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?

2. Проведите дифференциальный диагноз.

3. Принципы лечения данного больного

**Задача 42.**

Больная 25 лет обратилась к стоматологу в связи с наличием на языке и слизистой оболочке рта эрозий, сопровождающихся неприятными ощущениями, хотя и безболезненными. Подчелюстные лимфоузлы не увеличены. В анамнезе - случайная интимная связь с малознакомым мужчиной. Занималась самолечением: принимала таблетки тетрациклина и стрептоцида, делала полоскания раствором марганцовокислого калия. Улучшение не наступало.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?

2. Тактика врача по дальнейшему обследованию пациентки?

**Задача 43.**

Мужчина 42 лет обратился к хирургу по поводу увеличения лимфатических узлов в правой паховой области и был госпитализирован. Объективно: узлы в день поступления в стационар были размером до сливы, плотные, безболезненные. На коже полового члена небольшая безболезненная эрозия, которой ни больной, ни хирург не придали никакого значения. Серореакции на сифилис отрицательные. Больному было проведено хирургическое лечение (удалены измененные лимфатические узлы). Заживление раны было вялым. Впоследствии пациент был приглашен к венерологу как "контакт" больной вторичным свежим сифилисом. При

повторном серологическом обследовании RW положительная.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз в период оперативного вмешательства?

2. Ваше мнение о тактике хирурга в отношении хирургического лечения больного по поводу "лимфаденита"?

**Задача 44.**

На прием к дерматовенерологу обратилась женщина 25 лет с жалобами на появление

высыпаний в аногенитальной области. При осмотре на гениталиях и вокруг ануса имеются обильные нитчатые разрастания розового цвета, высотой 0,5-1см, имеющие вид "петушиного гребня" и сидящие на тонкой ножке, болезненные, с обильным гнойным неприятно пахнущим отделяемым. Паховые лимфоузлы не изменены. Из влагалища обильные гнойно-серозные выделения. По анамнезу половая жизнь только с мужем. В прошлом венерические заболевания отрицает.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Какова дальнейшая врачебная тактика?

**Задача 45.**

У больного после полового акта с малознакомой женщиной через 5 дней появились обильные гнойные выделения из уретры, сопровождающиеся резями при мочеиспускании. На 10-й день болезни у мужчины появились признаки парафимоза, по поводу чего обратился хирургу. Произведено рассечение кольца крайней плоти, сжимающего головку полового члена. Кровь на сифилис не исследовалась. После первой инъекции пенициллина температура тела повысилась до 39оС, появился озноб и обильная розеолезная сыпь.

Вопросы:

1. Тактика врача по дальнейшему обследованию больного?

2. Оцените правильность действий врача?

**Задача 46.**

В ревматологическое отделение городской больницы госпитализирован мужчина 32 лет по поводу полиартрита. Поражены преимущественно суставы кистей, стоп, а также коленные, которые припухшие, движения в которых ограничены из-за сильной болезненности. При осмотре в больнице лечащий врач обнаружил, что у больного имеются явления конъюнктивита, а также гиперемия, отечность губок уретры. По словам больного, он периодически отмечает выделения из уретры, склеенность губок после ночного сна. Жена больного часто лечится у гинеколога по поводу двустороннего аднексита.

Вопросы:

1. Какое заболевание заподозрил у больного лечащий врач?

2. Какая симптоматика указывает на вероятность данного заболевания?

3. В чем причина развития данного заболевания?

4. Какая урогенитальная инфекция считается в данном случае наиболее вероятной?

**Тестовые задания для проведения промежуточной аттестации по дисциплине.**

1. Эпидермис включает следующие слои:

а) базальный г) шиповатый

б) зернистый д) сосочковый

в) блестящий е) роговой

2. Нормальный цвет кожи зависит от:

а) меланина г) оксигемоглобина

б) каротина д) редуцированного гемоглобина

в) билирубина

3. Рубцовая атрофия кожи характерна для:

а) псориаза

б) экземы

в) красной волчанки

4. Кортикостероиды:

а) ускоряют в организме распад белков

б) уменьшают выделение азотистых продуктов с мочой

в) ослабляют выработку антител

г) повышают артериальное давление

д) повышают образование тромбина

е) уменьшают воспалительные реакции

5. Побочные явления при лечение кортикостероидами:

а) накопление жира

б) повышение свертываемости крови

в) склонность к геморрагиям

г) обострение туберкулеза и других инфекций

д) уменьшение калия в организме

е) понижение сахара в крови

6. Кортикостероидная общая терапия показана для временного применения в комплексе с другими методами точения при тяжелых формах дерматозов:

а) тяжелой токсидермии г) тяжелом геморрагическом диатезе

б) эритродермии д) саркоидозе

в) артропатическом псориазе

7. Перечислите терапевтические мероприятия, несводимые при фурункулезе:

а) назначение антибиотика широкого спектра действия

б) оценка переносимости антибиотиков и применение неспецифических гипосенсибилизирующих средств

в) стафилоанатоксин, антифагин, аутогемотерапия

г) ихтиол, наружные антисептические препараты л) УФО, УВЧ

8. Поражения особо свойственные стафилококкам:

а) псевдофурункулез детей г) абсцесс и флегмона

б) множественные абсцессы детей д) флебиты

в) герпес простой с) остеомиелиты

9. Условия, благоприятствующие пиодермитам:

а) высокая вирулентность пиококков

б) ослабление организма

в) профессиональные микротравмы, расчесы и другие повреждения кожи

г) избыточная влажность кожи

д) сезонные обострения заболеваемости с) дисхромии

10. При хронической трихофитии на волосистой части головы могут отме-чаться следующие клинические проявления:

а) черноточечные г) атрофические

б) эпидермофития паховая д) «трихофитийные гуммы»

в) эритемо-сквамозные

11. Условия, способствующие развитию кандидоза:

а) диабет н гипергликемия д) лечение антибиотиками широ-

б) аскаридоз кого спектра действия

в) тяжелые инфекции с) потливость и тучность

г) беременность

12. Препараты, действующие фунгицидно - и фунгостатически на патоген¬ные грибы:

а) низорал г) биомицин

б) пенициллин д) амфотерицин

в) нистатин с) гризеофульвин

13. Характерные признаки экземы:

а) высыпание мелких нестойких пузырьков

б) точечность первичных и вторичных элементов

в) очаговый спонгиоз

г) полиморфноклеточная инфильтрация

д) функциональные изменения всей кожи с) наклонность к рецидивам

14. Теории патогенеза экземы:

а) токсигенная г) аллергическая

б) эндокринная д) неврогенная

в) спонгиозная е) обменная

15. Укажите наиболее характерный признак чесотки

а) вечерний и ночной зуд

б) экзематизация в очагах поражения

в) импетигинизация в очагах поражения

г) инфильтрация в очагах поражения

д) полиаденит

16. Укажите характерные элементы сыпи при неосложненной чесотке

а) пятна и гнойнички

б) гнойнички и бугорки

в) узелки и пузырьки

17. Укажите места типичной локализации чесотки у взрослых

а) межпальцевые складки кистей

б) волосистая часть головы

в) лицо и шея

г) спина

д) ладони и подошвы

18. Укажите наиболее частые осложнения чесотки

а) вторичная пиодермия

б) сепсис

в) рубцовая атрофия кожи

г) флегмона

д) все выше перечисленное

19. Укажите среди ниже перечисленных глубокую форму стрептодермии

а) стрептококковое импетиго

б) околоногтевая фликтена

в) вульгарная эктима

г) буллезное импетиго

д) заеда

20. Укажите среди ниже перечисленных поверхностную форму стрептодермии:

а) вульгарный сикоз

б) фурункул

в) гидроаденит

г) карбункул

д) ничего из ниже перечисленного

21. При развитии аллергического дерматита от стирального порошка умест¬ны следующие рекомендации.

а) прекратить пользование стиральным порошком

б) внутрь - димедрол по 0.05 два раза в день

в) местно примочки из 2% раствора борной кислоты

г) внутрь-10% раствор хлористого кальция по 1 столовой ложке 3 раза в день

д) всё выше перечисленное верно

22.В результате какого внешнего воздействия может развиться простой дер-матит?

а) ношение белья из синтетических тканей

б) применение мазей с антибиотиками

в) применение синтетических порошков для стирки белья

г) применение «теней» для окрашивания век

д) ничего из вышеперечисленного

23. Наиболее важным лабораторным исследованием для подтверждения ди-агноза вульгарной пузырчатки является;

а) исследование мазков-отпечатков на акантолитические клетки

б) клинический анализ крови

в) исследование содержимого пузыря на эозинофилы

г) посев содержимого пузыря на флору

д) исследование крови на электролиты

24. Наиболее типичной локализацией для вульгарной пузырчатки является:

а) лицо

б) волосистая часть головы

в) ладони, подошвы

г) туловище

д) гениталии

25. Укажите наиболее эффективный препарат для лечения пузырчатки:

а) пенициллин

б) сульфодиметоксин

в) фтивазид

г) преднизолон

д) делагил

26. Укажите первичный морфологический элемент, типичный для вульгар¬ной пузырчатки:

а) пятно

б) микровезикула

в) папула

г) пузырь

д) пустула

27. Укажите диагностический симптом для подтверждения диагноза пемфи¬гуса:

а) феномен Кёбнера

б) проба Бальзера

в) симптом Пинкуса

г) проба Манту

д) симптом Никольского

28. Укажите препарат, применяющийся для лечения простого герпеса:

а) преднизолоновая мазь

б) флуцинар

в) синтомициновая эмульсия

г) салициловая мазь

д) зовиракс

29. Какие элементы сыпи наиболее характерны для простого герпеса

а) гнойнички, язвы, гнойные корки

б) узелки, чешуйки, гиперпигментация

в) пузырьки, эрозии, серозные корки

г) бугорки, язвы, геморрагические корки

д) папулы, волдыри, экскориации

30. Укажите наиболее эффективное лечебно-профилактическое мероприятие

дерматита:

а) климатотерапия

б) витаминотерапия

в) гипоаллергенная диета

г) кортикостероидная терапия

д) десенсибилизирующая терапия

31. Какие из перечисленных элементов сыпи встречаются при кожном зуде?

а) папулы

б) волдыри

в) эрозии

г) везикулы

д) экскориации

32. Укажите среди перечисленных морфологический элемент, характерный

для крапивницы:

а) папула

б) экскориация

в) пятно

г) волдырь

д) лихенификация

33.При каком заболевании встречается белый дермографизм?

а) крапивница

б) аллергический дерматит

в) истинная экзема

г) кожный зуд

д) атопический дерматит

34.В терапии красного плоского лишая могут применяться:

а) делагил

б) преднизолон

в) пресоцил

г) димедрол

д) все перечисленные

35. Выберите наиболее типичную локализацию сыпи при красном плоском лишае:

а) лицо

б) волосистая часть головы

в) передняя поверхность предплечий

г) задняя поверхность предплечий

д) ладони и подошвы

36. Для псориаза наиболее характерным является:

а) мономорфность сыпи

б) ярко-розовый цвет высыпаний

в) наслоение серебристо-белых чешуек

г) тенденции к периферическому росту и слиянию

д) все выше перечисленное верно

37. Наиболее характерно для псориаза является локализация высыпаний:

а) на лице

б) на сгибательных поверхностях предплечий

в) на локтях и коленях

г) на туловище

д) на ладонях и подошвах

38. В классификации экзем по клиническим формам чаще всего выделяют:

а) экзему микробную

б) экзему профессиональную

в) экзему истинную

г) экзему себорейную

д) всё выше перечисленное верно

39.В стадии мокнутия для наружной терапии экземы применяются только:

а) присыпки

б) кремы

в) пасты

г) примочки

д) взбалтываемые взвеси

40. Какие признаки характерны для истинной экземы?

а) нервно-аллергический характер процесса

б) длительное рецидивирующее течение

в) полиморфизм сыпи

г) обострения нередко без видимой причины

д) всё вышеперечисленное верно

41. В патогенезе экземы важную роль играют:

а) сенсибилизация

б) функциональные нарушения нервной системы

в) висцеропатия

г) генетическая предрасположенность

д) всё выше перечисленное верно

42. Какая из перечисленных стадий экзематозного процесса является наиболее ценной для подтверждения диагноза экземы?

а) крустозная

б) сквамозная

в) везикулёзная

г) мокнущая

д) эритематозная

43. Патогномоничными для экземы высыпными элементами являются:

а) корки, чешуйки

б) эритема, пустулы

в) микровезикулы

г) язвы

д) папулы

44. Показанием для наложения ихтиоловой лепёшки являются:

1) фурункул

2) вульгарное импетиго

3) гидроаденит

4) заеда

45. Пирогенная терапия может применяться при:

1) сифилисе

2) фурункулёзе

3) псориазе

4) вульгарном сикозе

46. Назначение антибиотиков считается обязательным при:

1) пиодермиях, сопровождающихся лихорадкой

2) рецидивирующих, осложненных пиодермиях

3) при опасной (на лице) локализации пиодермии

4) при одиночных фурункулах

47. Гнойное расплавление апокриновых потовых желез наблюдается при:

1) фурункулезе

2) вульгарном сикозе

3) вульгарной эктиме

4) гидрадените

48. Укажите, при каких формах пиодермии фликтена является основным морфологическим элементом:

1) вульгарный сикоз 2) гидраденит

3) фурункулез 4) вульгарное импетиго

49. Укажите, какие терапевтические рекомендации целесообразно больным с фурункулезом:

1) антибиотики широкого спектра действия

2) диета с ограничением углеводов

3) витамины группы А.В.С

4) аутогемотерапия

50. Укажите возможные осложнения при локализации фурункулов на голо¬ве:

1) тромбофлебит мозговых синусов

2) менингит 3) сепсис

4) гнойный перикардит

51. Укажите среди ниже перечисленных глубокие формы стрептодермий:

1) эпидермическая пузырчатка новорожденных

2) стрептококковое импетиго

3) околоногтевая фликтена

4) вульгарная эктима

52. Укажите, на каких участках кожи могут локализоваться фурункулы:

1) лицо

2) туловище

3) предплечья и голени

4) ладони и подошвы

53. Укажите, какие клинические признаки характерны для стафилодермий:

1) приуроченность пустул к волосяным фолликулам

2) коническая или полушаровидная форма пустул

3) напряжённая покрышка пустул

4) приуроченность пустул к складкам кожи

54. Укажите, какие клинические признаки характерны для стрептодермий

1) приуроченность пустул к сальным, потовым и волосяным фолликулам

2) приуроченность пустул к складкам кожи и естественным отверстиям

3) пустулы имеют напряженную покрышку

4) пустулы имеют тонкие, дряблые стенки

55. Укажите, какими путями происходит заражение чесоткой:

1) половым

2) через игрушки

3) через бельё и постель

4) через животных

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

1) пузырек

2) бугорок

3) узелок

4) пятно

57. Лечение больного чесоткой предусматривает:

1) исключение острой пищи

2) исключение мытья

3) назначение УФО

4) назначение серной мази

58. Какие лекарственные препараты могут быть применены для лечения чесотки:

1) 33% серная мазь

2) мазь Вилькинсона

3) 20% водно-мыльная эмульсия бензилбензоата

4) 60% раствор тиосульфата натрия и 6% раствор хлористоводородной кислоты

59. Какие из ниже перечисленных признаков характерны для опоясываю¬щего герпеса?

1) пузырьки

2) эрозии

3) болезненность по ходу нервов

4) чувство жжения

60. Характерными признаками простого герпеса являются:

1) пузырьки

2) плотноэластический инфильтрат в основании эрозий

3) эрозии полициклических очертаний

4) волдыри

61. К Вам на прием обратился молодой человек с типичными явлениями аллергического дерматита на кистях (гиперемия, отечность, везикуляция), развившемся через 3 недели после того, как он начал работать на химиче¬ском производстве. Какова Ваша тактика по отношению к данном больному

1) освободить его от работы;

2)направить на консультацию к профпатологу

3) назначить антигистаминные препараты

4) назначить витаминотерапию

62. Клинические проявления профдерматозов:

1)ожоги 4) меланодермии

2)прижоги "птичьи глазки" 5) эритродермии

6) онихомикозы 6) пиодермии банальные

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

1) пользование спецодеждой

2) выявление и лечение больных при профосмотрах

3) профотбор

4) санитарно-просветительная работа

64. Каковы принципы лечения и профилактики аллергических профессио-нальных дерматозов?

1) прекращение контакта с аллергеном

2) перевод на другую работу

3)назначение десенсибилизирующих препаратов

4)назначение местной противовоспалительной терапии

65 Какие пробы используются для подтверждения профессиональною характера заболевания кожи.

I) йодная проба Ядассона.

2) капельные пробы

3) йодная проба Бальцера

4) компрессионные пробы

66. Каковы особенное профессиональных стигм:

1) приводят к нетрудоспособности

2) не мешают трудовой деятельности

3) исчезают во время отпуска

4) свидетельствуют о приспособляемости организма

67. Какой дерматоз считается профессиональным

1) если обострения процесса имеет сезонный характер

2) если течение имевшегося ранее дерматоза ухудшается или обостряется

под действием вредного производственного фактора

3)если имеются аналогичные заболевания кожи у родственников

4)если причиной его возникновения и развития являются только произ-водственные вредности

68. Каковы основные меры профилактики медикаментозной токсидермии?

1) сбор аллергологического анамнез

2) профилактическое назначение антигистаминных препаратов

3) гипоаллергенная диета

4) одновременное назначение поливитаминов

69. Какие из перечисленных элементов сыпи типичны для ограниченного нейродермита?

1) бугорок

2) лихенификация

3) пустула

4) папула

70. Кожный зуд встречается при следующих заболеваниях:

1)сахарный диабет

2) глистная инвазия

3) болезни печени 4) лейкозы

71. Диагноз атопического дерматита может быть поставлен на основании:

1) указания на начало заболевания в детстве

2) наличие белого дермографизма

3) наличие лихенификации в локтевых и подколенных сгибах

4) развитие везикуляции в очагах поражения

72. Какие признаки характерны для герпетиформного дерматоза Дюринга?

1) рецидивирующее течение

2) полиморфизм сыпи

3) сильный зуд

4) положительный симптом Никольского

73. Для подтверждения диагноза герпетиформного дерматоза Дюринга необходимо провести кожную пробу для определения повышенной чувстви-тельности к препаратам:

1) сульфаниламидам

2) антибиотикам

3) новокаину

4) иодидам

74. Для лечения герпетиформного дерматоза Дюринга наиболее часто применяются:

I) антибиотики

2)витамины

3) антигистаминные препараты

4) препараты сульфонового pяда (ДДС)

75. Характерными морфологическими элементами для герпетиформного дерматоза Дюринга являются

1) везикулы

2) папулы, волдыри

3) эритематозные пятна

76. Укажите, какая локализация наиболее типична для интертригинозной формы эпидермофитии

1) паховые складки

2) передняя поверхность голеней

3) подмышечные области

4) межпальцевые складки стоп

77. Какие препарата показаны для лечения грибковых заболеваний волоси¬стой части головы?

1) флуцинар

2) гризеофулъвин

3) крем Унны

4) мазь Вилькинсона

78. У ребенка установлен диагноз микроспории волосистой части головы. Укажите клинические симптомы, наблюдающиеся при этом заболевании

1) очаги поражения с обломанными волосами

2) очаги рубцовой атрофии

3) небольшая гиперемия и шелушение

4) фолликулярный гиперкератоз

79. Укажите клинические разновидности микоза стоп, обусловленного межпальцевым трихофитоном:

1) сквамозная

2) интертригинозная

3) дисгидротическая

4) стертая

80. Укажите клинические симптомы, наиболее характерные для неосложненной формы дисгидротической-эпидермофитии стоп

1) наличие пузырьков

2) зуд

3) наличие эрозий

4) лихенификация

81. Какие факторы способствуют возникновению микозов стоп:

1) повышенная потливость

2) плоскостопие

3) ангиопатии

4) ношение тесной обуви

82. Какие изменения в очагах поражения характерны для разноцветного лишая?

1) отрубевидное шелушение

2) лихенификация, расчесы

3) отсутствие воспалительных явлений

4) поражение волос

83. Назовите методы диагностики отрубевидного лишая:

1)микроскопическое исследование чешуек с очагов поражения

2)йодная проба Бальцера

3)поскабливание очагов (феномен «стружки»)

4)осмотр под лампой Вуда

84. Назовите возможный источник заражения ребенка микроспорией

1)человек

2)собака

3)кошка

4)корова

85. Отметьте места излюбленной локализации дискоидной формы красной волчанки:

1)волосистая часть головы

2)губы

3)лицо

4)голени

86. Укажите основные клинические проявления эритематоза:

1)ограниченная эритема

2)рубцовая атрофия

3)фолликулярный гиперкератоз

4)шелушение рыхлыми чешуйками

87. Дайте советы больному эритематозом:

1)санирование фокальной инфекции

2)занятия спортом: велосипед, лыжи, горный туризм

3)применение солнцезащитных кремов

4)курортотерапия в условиях Крыма и Кавказа

88. Какие признаки характерны для истинной экземы?

1)обострения без видимой причины

2)нерезкие границы очагов

3)симметричность

4)упорное течение

89. Лечение больного острой экземой предусматривает:

1)исключение острой пищи

2)прием содовых ванн

3)исключение мытья

4)назначение УФО

90. Какие пищевые продукты нельзя употреблять больному с обострением экземы?

1)творог

2)копченая колбаса

3)яблоки

4)шоколад

91. Какие лекарственные препараты назначают при мокнущей экземе

1)антигистаминные

2)диуретики

3)кортикостероиды

4)антибиотики

92. Общую кортикостероидную терапию при экземе назначают и случаях:

1)большой распространенности процесса

2)резистентности к обычной терапии

3)упорного течения

4)пустулизация в очагах

93. Выберите типичные признаки папул при красном плоском лишае

1)полигональные очертания

2)восковидный блеск

3)пупкообразное вдавление в центре

4)коническая форма

94. Кроме кожи при красном плоском лишае могут поражаться:

1)суставы

2)слизистые оболочки

3) волосы

4)ногти

95. Для типичного твердого шанкра характерны все симптомы, кроме:

а) экстрагенитальной локализации

б) гладкой ровной поверхности эрозии

в) округлых очертаний

г) болезненности

д) резкого отграничения от окружающих тканей

96. При первичном сифилисе регионарный лимфаденит характеризуется всеми клиническими признаками, кроме:

а) безболезненности лимфоузлов

б) подвижности лимфоузлов

в) плотно-эластической консистенции

г) кожа над лимфоузлами нормальной окраски

д) лимфоузлы спаяны между собой

97. К разновидностям типичного твердого шанкра относятся все, кроме:

а) язвенного шанкра

б) гигантского шанкра

в) экстрагенитального шанкра

г) шанкра-панариция

л) шанкра-отпечатка

98. Все перечисленные проявления относятся к осложнениям твердого шан¬кра, кроме:

а) фимоза

б) вульвовагинита

в) парафимоза

г) фагеденизма

д) индуративного отека

99. Какой препарат применяют для очищения поверхности твердого шанкра перед исследованием на бледную трепонему?

а) 2% раствор борной кислоты

б) 0.07% раствор фурацилина

в) 10% раствор хлористого кальция

г) раствор хлоргексидина

д) 0,9% раствор хлористого натрия

100. Какое из ниже перечисленных исследование применяется в повседневной практике для обнаружения бледных трепонем:

а) исследование нативных препаратов в темном поле

б) окраска метиленовым синим

в) культивирование на питательных средах

г) серебрение по Морозову

101. В первичном периоде сифилиса у больных могут встречаться вес признаки, кроме:

а) твердого шанкра

б) отрицательной реакции Вассермана

в) полиаденита

г) положительной реакции Вассермана

д) эритематозной ангины

102. С какого времени после образования твердого шанкра классические серологические реакции у больных, как правило, становятся положительными?

а) 3-5 дней

б) 1 неделя

в) 2-4 недели

г) 40 дней

д) 6-7 недель

103. Твердый шанкр может локализоваться на любом участке кожи и слизи-стых, но реже всего он встречается на:

а) внутреннем листке крайней плоти

б) шейке матки

в) головке полового члена

г) стенках влагалища

д) прямой кишке

104. Укажите клинические проявления, характерные для третичного сифи¬лиса:

а) папулы ладоней и подошв

б) обильная розеолезная сыпь туловища

в) сгруппированные бугорки

г) широкие кондиломы промежности

д) мелкоочаговое облысение

105. Какое из осложнений может возникать при лечении больных бензилпенициллином:

а) эмболия легкого

б) некроз на месте инъекции

в) нефропатия

г) полиневриты

д) анафилактический шок

106. При снятии больного, страдающим сифилисом, с учета в КВД, Вы должны получить заключение об отсутствии специфической патологии от всех врачей, кроме:

а) терапевта

б) хирурга

в) окулиста

г) невропатолога

д) отоларинголога

107. Укажите наиболее часто встречающийся инкубационный период при гонорее:

а) 1-2 дня

б) 3-5 дней

в) 10-15 дней

г) 21-24 дня

д) 30-40 дней

108. Какие клинические симптомы не бывают у больных первичным сифилисом:

а) папулы ладоней и подошвы

б) эритематозная ангина, остатки твердого шанкра

в) лабиринтная глухота

г) саблевидные голени

109. Укажите признаки, характерные для неосложненного твердого шанкра:

а) болезненность язвы

б) гнойное отделяемое

в) подрытые края

г) плотный инфильтрат в основании язвы

110. Какие методы применяются для исключения или подтверждения диагноза первичного сифилиса у больного

а) исследование крови на реакцию Вассермана

б) исследование тканевой жидкости эрозивно-язвенных поражений на бледную трепонему

в) проведение конфронтации

г) исследование пунктата региональных лимфоузлов на бледную трепонему

111. Укажите атипичные формы твердого шанкра:

а) шанкр-амигдалит

б) шанкр-панариций

в) индуративный отек

г) гангренозный шанкр

112. Какие из перечисленных признаков характерны для типичного твердого шанкра:

а) пластический инфильтрат в основании

б) полициклические очертания

в) блюдцеобразные края

г) кровянистое отделяемое

113. Какие из перечисленных признаков характерны для региональною сифилитического лимфаденита?

а) болезненность лимфоузлов

б) подвижность лимфоузлов

в) изменение окраски кожи над лимфоузлами

г) плотноэластическая консистенция лимфоузлов

114. Отметьте высыпания вторичного сифилиса:

а) розеола туловища

б) вульгарная эктима

в) вульгарные угри

г) волдыри

115. Какие серологические реакции могут быть положительными у больных вторичным рецидивным сифилисом?

а) реакция Вассермана

б) РИФ

в) РИБТ

г) микропреципитации.

116. Укажите признаки вторичного периода сифилиса:

а) мозаичный рубец

б) мелкоочаговое облысение

в) диффузная папулезная инфильтрация

г) лейкодерма

117. Какие признаки свидетельствуют о наличие у больного вторичного рецидивного сифилиса?

а) осиплость голоса

б) лейкодерма

в) широкие кондиломы

г) сифилитическая пузырчатка

118. Укажите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз сифилитической розеолы:

а) токсидермия

б) сыпной тиф

в) разноцветный лишай

г) красный плоский лишай

119. Укажите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз папулезного сифилида:

а) псориаз

б) остроконечные кондиломы

в) красный плоский лишай

г) геморроидальные шишки

120. Какие сифилиды могут встречаться на коже у больных вторичным сифилисом?

а) пятнистый

б) папулезный

в) пустулезный

г) пигментный

121. Какое сочетание клинических проявлений характерно для вторичного свежего сифилиса?

а) алопеция, папулы ладоней и подошв

б) эритематозная ангина, широкие кондиломы

в) лейкодерма, широкие кондиломы межъягодичной складки

г) розеолезный сифилид, полиаденит

122. Какие клинические проявления характерны для вторичного рецидивного сифилиса?

а) паренхиматозный кератит

б) лейкодерма

в) саблевидные голени

г) сифилитическая дисфония

123. Укажите, симптомы, характерные для раннего врожденного сифилиса, но не встречающиеся при вторичном приобретенном сифилисе:

а) сифилитический насморк

б) диффузная папулезная инфильтрация

в) сифилитическая пузырчатка

г) лентикулярный папулезный сифилид

124. Отметьте признаки дистрофии зубов, которые известны под названием «зубы Гетчинсона»:

а) дистрофия двух верхних средних зубов

б) зубы в форме отвертки

в) наличие полулунной выемки по свободному краю

г) наличие бугорка Карабелли

125. Укажите возможные осложнения при лечении больных сифилисом препаратами группы пенициллина:

а) кандидоз

б) нефропатия

в) токсидермия

г) гингивит

126. Укажите, в каких случаях Вы не будете назначать превентивное лечение пациенту, имевшему половой контакт с больной сифилисом, если после контакта прошло:

а) от 1 до 2 недель

б) от4 до 6 месяцев

в) от 2 недель до 4 месяцев

г) более 4 месяцев

127. Какие препараты применяются для лечения свежего острого гонококкового

уретрита:

а) пенициллин

б) производные имидазола

в) тетрациклины

г) нитрат серебра (местно)

128. Укажите, какие из ниже перечисленных положений соответствует диагнозу трихомонадного уретрита:

а) эта инфекция поражает только мужчин

б) клинические признаки подобны тем, которые возникают при гонорее

в) заболевание способствует появлению внутрипочечных абсцессов

г) при лечении эффективны препараты из группы имидазола

129. Укажите симптомы, наблюдаемые при остром переднем уретрите:

а) отечность и гиперемия губок наружного отверстия уретры

б) стекание из уретры желтовато-зеленого гноя в) режущие боли в начале мочеиспускания

г) мутная моча только во второй порции при проведении двухстаканной

130. Какие формы гонореи могут встречаться у мужчин:

а) свежая острая гонорея

б) свежая подострая гонорея

в) гонорея хроническая

г) латентная гонорея

131. Укажите возможные осложнения при гонорейном уретрите: а) простатит

а) простатит

б) баланопостит

в) эпидидимит

г) цистит

132. Для вторичного рецидивного сифилиса, характерно:

a) остатки твердого шанкра

б) лейкодерма

в) широкие кондиломы

г) специфический ларингит

133. Укажите, какие из нижеприведенных положений соответствует такому негонококковому уретриту, как трихомониаз?

1.Эта инфекция поражает только женщин

2.При данном заболевании могут быть обнаружены клинические призна¬ки, подобные тем, которые возникают при гонорее.

3.Данное заболевание может способствовать появлению внутрипочечных абсцессов.

4.При лечении эффективны препараты группы имидазола

134. Какие могут быть клинические проявления оттека Квинке и генерализо-ванной крапивницы?

а) поражение кожи и слизистых оболочек

б) отек гортани

в) абдоминальный синдром

г) неврологические нарушения

д) отечность суставов (гидроартроз), артралгии

135. Наиболее характерной для псориаза является локализация высыпаний:

а) на лице

б) на сгибательных поверхностях предплечий

в) на локтях и коленях

г) на туловище

д) на ладонях и подошвах

136. Что является общим для типичного случая псориаза и красного плоско¬го лишая?

а) наличие папул

б) нестерпимый зуд

в) локализация на передней поверхности конечностей

г) поражение слизистых оболочек

д) артралгия

137. Укажите среди перечисленных поверхностных форм стафилодермий:

а) вульгарный сикоз

б) фурункул

в) гидраденит

г) карбункул

д) ничего из перечисленного

138. Укажите среди перечислены морфологический элемент, характерный для крапивницы:

а) папула

б) экскориация

в) пятно

г) волдырь

д) лихенификация

139. При каком заболевании чаще встречается белый дермографизм

а) крапивница

б) аллергический дерматит

в) экзема истинная

г) кожный зуд

д) атопический дерматит

140. В стадии мокнутия для наружной терапии экземы применяются только:

а) присыпки

б) кремы

в) пасты

г) примочки

д) взбалтываемые взвеси

141. Какие из перечисленных элементов сыпи наиболее характерно для про-стого герпеса?

а) гнойнички

б) узелки

в) пузырьки

г) бугорки

д) папулы

142. Выберите наиболее эффективное средство для лечения хламидийного

уретрита:

а) пенициллин

б) метронидозол

в) тетрациклин

г) левамизол

д) аспирин

143. Какое из медикаментозных средств Вы выберите для лечения хрониче-ской красной волчанки?

а) антибиотики широкого спектра действия

б) аитималярийныне препараты (делагил, хлорохин)

в) цитостатики

г) серно-дегтярная мазь

д) седативные препараты

144. Какой первичный элемент при красном плоском лишае?

а) пятно

б) папула

в) бугорок

г) пузырек

д) волдырь

145. Какой из медикаментов быстрее всех приведет к разрешению отека Квинке?

а) преднизолон

б) пипольфен

в) адреналин

г) глюконат кальция

146. Больному поставили диагноз генерализованный зуд. Какое из заболеваний могло быть его причиной?

а) злокачественное новообразование

б) сахарный диабет

в) лейкоз

г) цирроз печени

д) все перечисленные

147. Какие лекарственные препараты дают наилучший терапевтический эффект при лечении больных вульгарной пузырчаткой

а) антибиотики

б) сульфаниламидные препараты

в) иммуномодуляторы

г) кортикостероиды

д) противомалярийные препараты

148. Какие лекарственные средства должны быть немедленно назначены больному с синдромом Лайелла?

а) антибиотики

б) кортикостероиды

в) сульфаниламиды

г) витамины

д) цитостатики

149. При каком варианте локализации фурункула необходимо срочно госпитализировать больную и назначить строгий постельный режим

а) на задней поверхности шеи

б) в пояснично-крестцовой области

в) на лице

г) на коже живота

д) на коже предплечья

150. Какие из перечисленных элементов сыпи встречаются при кожном зу¬де?

а) экскориации

б) волдыри

в) эрозии

г) везикулы

д) папулы

151. Укажите препараты, применяющиеся для лечения простого герпеса

а) преднизолоновая мазь

б) флуцинар

в) синтомициновая эмульсия

г) салициловая мазь

д) теброфеновая мазь

152. Укажите наиболее характерный признак простого герпеса

а) склонность к рецидивированию

б) хроническое длительное течение без периодов ремиссии

в) начало заболевания преимущественно в пожилом возрасте

г) возникновение рецидивов после нервного перенапряжения

д) провоцирующее воздействие нарушений в диете

153. Укажите наиболее важный диагностический симптом для подтвержде¬ния диагноза пемфигуса:

а) симптом Никольского

б) реакция Манту

в) феномен Кебнера

г) йодная проба

д) феномен Ауспица

154. Исключите локализацию, нехарактерную для руброфитии:

а) ладони

б) подошвы

в) ногти рук

г) волосы

д) ногти ног

155. Выберите наиболее эффективное средство для лечения хламидийного уретрита:

а) бисептол

б) трихопол

в) сумамед

г) бициллин

л) делагил

156. Наследственное предрасположение имеет значение в возникновении

а) атопического дерматита

б) фурункулеза

в) красной волчанки

г) сифилиса

д) гонококковой инфекции

157. Какие клинические признаки характерны для пузырчатки?

а) полиморфизм высыпаний

б) сезонность рецидивов

в) чувствительность к йоду

г) симптом Никольского

л) симметричность высыпаний

158. Укажите, при каких формах пиодермии фликтена является основным морфологическим элементом:

а) вульгарный сикоз

б) гидраденит

в) фурункулез

в) вульгарное импетиго

д) остиофолликулит

159. Роговой слой эпидермиса:

1) является самым поверхностным слоем эпидермиса;

2) является самым глубоким слоем кожи;

3) расположен над базальным слоем;

4) непосредственно не соприкасается с внешней средой;

5) содержит клетки Лангерганса.

160. Гиперинсоляция провоцирует развитие:

1) хронической красной волчанки;

2) топического дерматита;

3) контагиозного моллюска;

4) остроконечных кондилом;

5) рубромикоза.

161. Положительный симптом Поспелова наблюдается при:

1) туберкулезной волчанке;

2) актиномикозе;

3) узловатой эритеме;

4) многоформной экссудативной эритеме;

5) опоясывающем лишае.

162. Какие первичные морфологические элементы залегают в сосочковом слое дермы?

1) волдырь;

2) эпидермальная папула;

3) пузырек;

4) поверхностная пустула;

5) пигментное пятно.

163. Симптом Арди-Горчакова выявляется при:

1) чесотке;

2) педикулезе;

3) лейшманиозе;

4) вульгарных угрях;

5) шанкриформной пиодермии.

164. Белый дермографизм характерен для:

1) атопического дерматита;

2) идиопатической экземы;

3) прурингозной экземы;

4) дисгидротической экземы;

5) микробной экземы.

165. Положительная проба Бальзера отмечается при:

1) отрубевидном лишае;

2) красном плоском лишае;

3) псориазе;

4) хронической красной волчанке;

5) себорее.

166. Появление на коже немногочисленных плоских бугорков, красновато-синюшного цвета полициклических очертаний, с различной степенью инфильтрации, сопровождающееся ранним нарушением болевой, температурной чувствительности, постепенным развитием анестезии, снижением потоотделения, трофическими нарушениями, характерно для:

1) туберкулоидного типа лепры;

2) лепроматозного типа лепры;

3) актиномикоза;

4) диффузной лепроматозной лепры;

5) погранично-лепроматозной лепры.

167. Сифилитическую розеолу необходимо дифференцировать с:

1) токсикодермией;

2) отрубевидным лишаем;

3) розовым лишаем Жибера;

4) сыпным тифом;

5) все ответы верны.

168. Различают твердые шанкры:

1) гигантские;

2) карликовые;

3) множественные;

4) эрозивные;

5) все ответы правильные.

169. Разрастание вегетации на поверхности длительно существую¬щих изменений характерно для:

1) фликтены;

2) фурункула;

3) карбункула;

4) шанкриформной пиодермии;

5) хронической язвенно-вегетирующей пиодермии.

170. Возвышающийся ярко-красный инфильтрат вокруг волося¬ного фолликула с гнойно-некротическим стержнем в центре характерен для:

1) фликтены;

2) фурункула;

3) карбункула;

4) шанкриформной пиодермии;

5) хронической язвенно-вегетирующей пиодермии.

171. Гиперергическое гнойное воспаление нескольких фоллику¬лов, объединенных общим инфильтратом, характерно для:

1) фликтены;

2) фурункула;

3) карбункула;

4) шанкриформной пиодермии;

5) хронической язвенно-вегетирующей пиодермии.

172. Гиперкератоз, гипергранулез, акантоз наблюдаются при:

1) псориазе;

2) красном плоском лишае;

3) крапивнице;

4) папулезном сифилиде;

5) истинной пузырчатке.

173. Эндо-, мезо-, периартериит, инфильтрат с преобладанием плазматических клеток в дерме наблюдается при:

1) псориазе;

2) красном плоском лишае;

3) крапивнице;

4) папулезном сифилиде;

5) истинной пузырчатке.

174. Ихтиол наиболее целесообразен при:

1) фурункуле;

2) простом контактном дерматите;

3) герпетиформном дерматите Дюринга;

4) педикулезе;

5) синдроме Лайелла.

175. Назначение глюкокортикоидов наиболее целесообразно при:

1) фурункулезе;

2) простом контактном дерматите;

3) герпетиформном дерматите Дюринга;

4) педикулезе;

5) синдроме Лайелла.

176. Лечение антималярийными препаратами применяется при:

1) хламидийном уретрите;

2) трихомониазе;

3) герпетиформном дерматите Дюринга;

4) истинной пузырчатке;

5) дискоидной красной волчанке.

177. Глюкокортикоиды применяются при:

1) хламидийном уретрите;

2) трихомониазе;

3) герпетиформном дерматите Дюринга;

4) истинной пузырчатке;

5) дискоидной красной волчанке.

178. Для микоза стоп, обусловленного межпальцевым трихофитоном характерно:

1) индуративный отек с сиреневым ободком по периферии;

2) сгруппированные везикулы на гиперемированном фоне;

3) розовато-коричневатые пятна с муковидным шелушением, проба Бальзера - положительная;

4) в складке между IV и V пальцами стоп - трещины, окруженные по периферии белесоватым отслаивающимся венчиком;

5) на коже переносицы и щек - участки эритемы, фолликулярного гиперкератоза, рубцовой атрофии.

**Образец экзаменационного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра дерматовенерологии

Направление подготовки (специальность): 31.05.01. «Лечебное дело»

Дисциплина: Дерматовенерология

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1**

I. **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ №1**

**ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**

**II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**

1. Морфология и физиология кожи и её придатков.

2. История развития венерологии. Роль российских учёных в развитии венерологии.

**III. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

1. Задача №1.
2. Фотозадача.

Зав. кафедрой дерматовенерологии,

д.м.н., профессор Л.Г. Воронина

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., доцент Д.Н. Лященко

«20» сентября 2018г.

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Индикаторы достижения компетенции | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ОПК-5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач. | Инд.ОПК5.3. Способность  применять знания о  патологических процессах  в организме человека для  решения  профессиональных задач | Знать: основные группы типовых  патологических процессов при кожных  заболеваниях | вопросы №1-4, 46,47 |
| Уметь оценивать функциональные изменения при типовых патологических  процессах; объяснить их значение для развития отдельных часто встречающихся кожных  заболеваниях | ситуационные задачи № 4-8 |
| Владеть алгоритмом клинико-лабораторной и  функциональной диагностики при  решении профессиональных задач по дисциплине "Дерматовенерология" | ситуационные задачи №1-3 |
| 2 | ОПК-7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности. | Инд.ОПК7.3. Способность  определять эффективность  применения  лекарственных препаратов  с учетом  морфофункциональных  особенностей физиологических  состояний и  патологических процессов  в организме человека | Знать основные показания и  противопоказания к применению  лекарственных препаратов | вопросы № 5-16, 48-58 |
| Уметь определить оптимальный режим  дозирования ЛС |
| Владеть навыками обоснования назначения лекарственных препаратов и их комбинаций в лечении кожных и венерических заболеваний |
| Инд.ОПК7.1. Способность  составить план лечения с  учетом стандартов  оказания медицинской  помощи | Знать современные методы применения и  механизм действия лекарственных  препаратов, медицинских изделий,  лечебного питания, показания и  противопоказания к их применению при кожных и венерических заболеваниях | ситуационные задачи №15-21 |
| Уметь составлять план лечения заболевания и  назначать лекарственные препараты с  учетом диагноза, возраста пациента,  клинической картины кожных и венерических заболеваний. | ситуационные задачи № 9-14 |
|  | Владеть алгоритмом составления плана лечения заболевания и назначением лекарственных препаратов на основе  стандартов диагностики и лечения  заболеваний с учетом диагноза,  возраста пациента, клинической  картины заболевания в соответствии с  действующими порядками оказания медицинской помощи. | ситуационные задачи №18-24 |
| 3 | ПК-4 Готовность к определению,  формулировке диагноза с учетом действующей международной статистической классификации  болезней и проблем, связанных со  здоровьем (МКБ) | Инд.ПК4.3. Готовность к  установлению диагноза с  учетом действующих  клинических  рекомендаций и  международной  статистической  классификации болезней и  проблем, связанных со здоровьем (МКБ). | **Знать** действующие клинические  рекомендации и международную статистическую классификацию  болезней и проблем, связанных со  здоровьем (МКБ) | вопросы № 31-42, 67-78 |
| Уметь формулировать клинический диагноз. | ситуационные задачи №35-38 |
| **Владеть** методикой формулирования  клинического диагноза с учетом действующих клинических  рекомендаций и международной статистической классификации  болезней и проблем, связанных со  здоровьем (МКБ). | ситуационные задачи №30-34 |
| 4 | ПК-5 готовностью к сбору и анализу жалоб  пациента, данных его анамнеза,  результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в  целях распознавания состояния или  установления факта наличия или  отсутствия заболевания | Инд.ПК5.1. Готовность к направлению пациента для консультации к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний и интерпретации полученных результатов. | Знать последовательность порядка направления для консультации к врачам-специалистам с учетом действующих стандартов и клинических рекомендаций (протоколов лечения) оказания медицинской помощи | вопросы № 43-48, 79-91 |
| Уметь определять медицинские показания к направлению для консультации к врачам-специалистам;  обосновывать необходимость направления пациента на консультации к врачам-специалистам;  интерпретировать данные, полученные при консультациях пациента врачами-специалистами. | ситуационные задачи № 42-46 |
| Владеть оформлением направления пациента для консультации к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;  анализом результатов, полученных при консультациях врачами-специалистами. | ситуационные задачи № 39-41 |
| 5 | ПК-6 способностью к определению у  пациента основных патологических  состояний, симптомов, синдромов  заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией  болезней и проблем, связанных со  здоровьем, X пересмотра | Инд.ПК6.1. Готовность к составлению плана лечения заболевания и состояния, к назначению лекарственных препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями | Знать современные методы применения и механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания, показания и противопоказания к их применению при заболеваниях кожи. | вопросы № 51-56, 79-91 |
| Уметь составлять план лечения заболевания и назначать лекарственные препараты с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболеваний кожи. | ситуационные задачи №26-28 |
| Владеть алгоритмом составления плана лечения заболевания и назначением лекарственных препаратов. | ситуационные задачи №11-22 |
|  | Инд.ПК6.2. Готовность к назначению немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями | Знать современные методы применения и механизм действия немедикаментозного лечения, показания и противопоказания к его применению при кожных заболеваниях и состояниях, побочные эффекты и осложнения, вызванные данным лечением. | вопросы № 15-32, 61-64 |
| Уметь назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины кожных заболеваний. | ситуационные задачи №8-11 |
| Владеть алгоритмом назначения немедикаментозного лечения. | ситуационные задачи №3-8 |
| 6 | УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе  системного подхода, вырабатывать  стратегию действий | Инд.УК1.3. Способность разрабатывать и  аргументировать  стратегию решения  проблемной ситуации,  обосновывать целевые  ориентиры | Знать методики системного подхода для решения профессиональных задач по дерматовенерологии | вопросы № 26-38, 65-80 |
| Уметь выбирать методы критического  анализа, выбирать способы обоснования решения (индукция,  дедукция, по аналогии) проблемной ситуации, формировать и аргументированно отстаивать собственную позицию по различным проблемам | ситуационные задачи № 9-12 |
| Владеть методикой разработки и обоснования плана действий по решению  проблемной ситуации - технологиями  выхода из проблемных ситуаций, навыками выработки стратегии  действий при заболеваниях кожи. | ситуационные задачи №16-22 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений**

**обучающихся в рамках изучения дисциплины**

**«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования

* текущего фактического рейтинга обучающегося;
* бонусного рейтинга обучающегося.

**4.1.** **Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося**

Текущий фактический рейтинг (Ртф) по дисциплине (**максимально 5 баллов**) рассчитывается как среднее арифметическое значение результатов (баллов) всех контрольных точек, направленных на оценивание успешности освоения дисциплины в рамках аудиторной и внеаудиторной работы (КСР):

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом семинаре по дисциплине (Тк);

- рубежного контроля успеваемости обучающихся по дисциплине (Рк).

По каждому практическому занятию предусмотрено 3 контрольные точки (входной/выходной контроль, устный опрос или выполнение практических заданий), за которые обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно. Входной/выходной контроль являются обязательными контрольными точками, устный опрос может быть заменен выполнением практических заданий. При освоении дисциплины «Дерматовенерология» предусмотрены контрольные точки по темам дисциплины согласно рабочему учебному плану, 3 – по результатам проведения рубежных контролей; 1 – по истории болезни; 1 – по практическим навыкам и 1 – КСР.

Критерии оценивания каждой формы контроля представлены в ФОС по дисциплине.

Текущий фактический рейтинг рассчитывается как среднее арифметическое шести показателей, отражающих результаты освоения

* 1 модуля «Общая дерматология. Неинфекционные заболевания кожи»
* 2 модуля «Инфекционные заболевания кожи»
* 3 модуля «Венерические болезни»
* Итоговый контроль (овладение практическими навыками, подготовка истории болезни, выполнение внеаудиторной работы).

Оценивание результатов освоения модулей рассчитывается как среднее арифметическое контрольных точек по темам дисциплины и рубежного контроля за каждый модуль.

За практические навыки и историю болезни обучающийся получает от 0 до 5 баллов включительно.

Оценивание внеаудиторной работы, заключающейся в подготовке и сдаче тестов, предполагает следующую систему оценок:

- 91% и выше – 5 баллов;

- 81 – 90% - 4 баллов;

- 71 – 80% - 3 балла;

- 70% и менее – 2 балла.

Среднее арифметическое значение результатов (баллов) рассчитывается как отношение суммы всех полученных студентом оценок (обязательных контрольных точек и более) к количеству этих оценок и максимально составляет 5 баллов. Полученный текущий фактический рейтинг затем пересчитывается в текущий стандартизованный рейтинг.

При пропуске семинарского занятия за обязательные контрольные точки выставляется «0» баллов. Обучающему предоставляется возможность повысить текущий рейтинг по учебной дисциплине в часы консультаций в соответствии с графиком консультаций кафедры.

**4.2. Правила формирования бонусного обучающегося**

Бонусный балл определяется в диапазоне от 0 до 5 баллов. Критериями получения бонусных баллов являются:

- посещение обучающимися всех практических занятий и лекций – 2 балла, при выставлении бонусных баллов за посещаемость учитываются только пропуски по уважительной причине (донорская справка; справка о временной нетрудоспособности студента, заверенная печатью медицинской организации и подписью и личной печатью врача; участие от ОрГМУ в спортивных, научных, учебных мероприятиях различного уровня);

- результаты участия обучающегося в предметной олимпиаде по изучаемой дисциплине, проводимой на кафедре: 1-е место – 3 балла, 2-е и 3-е место – 2 балла, участие – 1 балл, а также за успехи в освоении дисциплины, выполнение общественной работы по поручению кафедры – начисление от 1 до 3 бонусных баллов по решению коллектива кафедры.

**Таблица 1 – виды деятельности, по результатам которых определяется бонусный фактический рейтинг**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Вид бонусной работы** | **Максимальное количество баллов** |
| 1 | Посещение обучающимися всех практических занятий и лекций | 2 |
| 2 | Участие в предметной олимпиаде | 1 - 3 |
| 3 | Успехи в освоении дисциплины и общественная работа | 1 - 3 |

**4.3. Правила формирования зачетного/экзаменационного рейтинга обучающегося**

Экзаменационный/зачетный рейтинг (Рэ/з) обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации и выражается в баллах по шкале от 0 до 30. Промежуточная аттестация считается успешно пройденной при условии получения обучающимся по результатам ее проведения не менее 15 баллов и наличии текущего стандартизованного рейтинга не менее 35 баллов. Критериями формирования экзаменационного/зачетного рейтинга являются:

1. **Ответ на теоретические вопросы билета:**

отказ от ответа – 0 баллов

неудовлетворительно – 4 балла

удовлетворительно – 6 баллов

хорошо – 8 баллов

отлично – 10 баллов за каждый теоретический вопрос

1. **Ответ по ситуационной задаче и фотозадаче:**

Отказ от ответа и неудовлетворительный ответ – 0 баллов

Неполный ответ – 3 балла

Полный ответ – 5 баллов за каждую задачу.

Промежуточная аттестация по дисциплине считается успешно пройденной обучающимся при условии получения им экзаменационного/зачетного рейтинга не менее 15 баллов и текущего стандартизованного рейтинга не менее 35 баллов.

**4.4. Правила формирования дисциплинарного рейтинга обучающегося**

Дисциплинарный рейтинг (Рд) формируется при проведении промежуточной аттестации по дисциплине и является основой для определения итоговой оценке по дисциплине.

Дисциплинарный рейтинг выражается в баллах по 100-балльной шкале и рассчитывается как сумма текущего стандартизованного рейтинга и экзаменационного /зачетного рейтинга и может быть увеличен на величину бонусных баллов.

При успешном прохождении обучающимся промежуточной аттестации осуществляется перевод полученного им дисциплинарного рейтинга в пятибалльную систему:

Правила перевода дисциплинарного рейтинга по дисциплине в пятибалльную систему представлены в таблице 1.

Таблица 1. – Правила перевода дисциплинарного рейтинга по дисциплине в пятибалльную систему

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дисциплинарный рейтинг по БРС | Оценка по дисциплине | |
| Экзамен | Зачет |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | Зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | Зачтено |
| 50 – 69 баллов | 3 (удовлетворительно) | Зачтено |
| 49 и менее | 2 (неудовлетворительно) | Не зачтено |

В случае проведения повторной промежуточной аттестации дисциплинарный рейтинг рассчитывается на основании экзаменационного/зачетного рейтинга без учета текущего стандартизованного рейтинга в соответствии с данными таблицы 2.

Таблица 2. – Правила перевода экзаменационного/зачетного рейтинга в дисциплинарный рейтинг при повторной промежуточной аттестации по дисциплине

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рэ/з | Рд | Оценка | Рэ/з | Рд | Оценка | Рэ/з | Рд | Оценка |
| 15 | 50 | Удовлетворительно | 20 | 70 | Хорошо | 25 | 86 | Отлично |
| 16 | 54 | Удовлетворительно | 21 | 74 | Хорошо | 26 | 89 | Отлично |
| 17 | 59 | Удовлетворительно | 22 | 78 | Хорошо | 27 | 92 | Отлично |
| 18 | 64 | Удовлетворительно | 23 | 82 | Хорошо | 28 | 95 | Отлично |
| 19 | 69 | Удовлетворительно | 24 | 85 | Хорошо | 29 | 98 | Отлично |
|  |  |  |  |  |  | 30 | 100 | Отлично |