ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

«Согласовано»
Заведующий кафедрой
дерматовенерологии с клиникой
проф., д.м.н. Соколовский Е.В.

_____

«Утверждено»
И. о. проректора
по последипломному образованию, декан
проф., д.м.н. Шапорова Н.Л.

_____

ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ
К
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

по специальности ординатуры 31.08.32 «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»

На кафедре дерматовенерологии с клиникой

ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

1 этап «Определение уровня теоретической подготовки»
Тестирование

Вариант 1.

1	**Изучение многолетней динамики эпидемического процесса в основном предназначено для:** А. определения активности случайно действующих факторов; Б. оценки изменения силы влияния длительно действующих причин, условий и периодического подключения новых причин; В. изучения активности источников инфекции на территории; Г. оценки качества лечения больных в стационаре и в домашних условиях; Д. анализа сезонных колебаний заболеваемости. Ответ: Б.
2	**Медицинская помощь оказывается без согласия граждан или их представителей в следующих случаях:** А. несовершеннолетним детям; Б. при несчастных случаях, травмах, отравлениях; В. лицам, страдающим онкологическими заболеваниями и нарушением обмена веществ; Г. лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, с заболеваниями представляющими опасность для окружающих; Д. при любом остром заболевании. Ответ: Г
3	**Факторы, влияющие на качество оказания медицинской помощи:** А. организационные; Б. обеспеченность компьютерной техникой; В. материальные возможности пациента; Г. наличие централизованной лаборатории; Д.климатические. Ответ: А
4	**Эпидермис состоит из следующих слоев клеток:** А. рогового, зернистого, блестящего; Б. базального, базальной мембраны, шиповидного; В. шиповидного, базального, зернистого; Г.рогового, базального, блестящего; Д. базального, шиповидного, зернистого, блестящего, рогового. Ответ: Д
5	**Время полного обновления клеток эпидермиса составляет:** А.8-10 дней; Б. 10-16 дней; В. 20-25 дней; Г. 26-28 дней; Д. свыше 30 дней. Ответ: Г
6	**Себум - это:** А. секрет сальных желез; Б. кожное сало; В. эпидермальные липиды; Г. эпидермоциты в составе кожного сала; Д. водно-липидная мантия. Ответ: А

7	Мужчина 55 лет обратился с жалобами на высыпания в подмышечных впадинах и паховых складках. Болен с 15 летнего возраста, когда впервые появились высыпания в виде пузырей, которые быстро вскрываются с образованием небольших эрозий. Несмотря на местное и системное лечение кортикостероидами высыпания рецидивируют. Аналогичные высыпания есть у одной из двух сестер. Предположительный диагноз: А.эпидермофития гладкой кожи; Б. вульгарная пузырчатка; В. семейная доброкачественная пузырчатка Хейли-Хейли; Г. кандидоз складок; Д. листовидная пузырчатка. Ответ: В
8	У больной 60 лет болезненные высыпания в полости рта. На фоне лечения антисептическими средствами процесс прогрессирует. Процесс носит ограниченный островоспалительный характер, представлен ярко-красными эрозиями в количестве трех на слизистой оболочке внутренней поверхности щек. Края эрозий нечеткие, расплывчатые с обрывками эпителия по периферии. Предположительный диагноз: А. афтозный стоматит; Б. вульгарная пузырчатка; В. семейная доброкачественная пузырчатка Хейли-Хейли; Г. кандидоз слизистой рта Д. листовидная пузырчатка. Ответ: В
9	**При шанкриформной пиодермии регионарные лимфатические узлы исчезают после заживления язвы:** А. одновременно; Б. спустя 1 неделю; В. спустя 2-3 недели; Г. спустя 4-5 недель; Д. спустя 6-8 недель. Ответ: Д
10	**К патогенным представителям рода Treponema относятся:** А. T.refringens; Б. T.carateum; В. T.phagedenis; Г. T. pectinovorum; Д. T. succinifaciens. Ответ: Б
11	**Полный и правильный клинический диагноз гонорейной инфекции включает:** А. форму воспалительного процесса и локализацию очагов поражения; Б. форму воспалительного процесса; В. локализацию очагов поражения, характер осложнений, наличие других патогенных возбудителей; Г. форму воспаления, характер осложнений; Д. локализацию очагов воспаления, характер осложнений, наличие других патогенных возбудителей. Ответ: Г

12	При профилактическом осмотре у девочки 8 лет, не имеющей отягощенного анамнеза, субъективных и объективных клинических симптомов вульвовагинита, в посеве отделяемого заднего свода влагалища обнаружены Clostridiumsp. Тактика ведения пациента: А. специфическая пероральная антибиотикотерапия; Б. специфическая местная антибиотикотерапия; В. комплексная местная и пероральная терапия; Г. иммунотерапия; Д. здорова. Ответ: Д
13	**Буллезная разновидность многоформной экссудативной эритемы характеризуется:** 1. остротой течения с нарушением общего состояния (недомогание, повышение температуры, головная боль, артралгия); 2. зоной гиперемии вокруг пузырей и отечными эритематозными элементами с западением в центре; 3. отрицательным симптомом Никольского; 4. отсутствием акантолитических клеток. Ответ: Д
14	Женщина, 38 лет, предъявляет жалобы на зуд и чувство жжения в области наружных половых органов, скудные выделения молочного цвета, имеющие серозный характер, усиливающиеся в предменструальный период. При осмотре слизистые оболочки нормальной окраски, в заднем своде влагалища умеренные мутно-слизистые выделения. В мазках, окрашенных по Граму, лейкоциты в норме, единичные дрожжеподобные клетки. Предварительный диагноз: А. бактериальный вагиноз; Б. трихомониаз; В. урогенитальный кандидоз; Г. неспецифический вагинит; Д. уреаплазменная инфекция. Ответ: В *Инструкция:* выберите правильный ответ по схеме: А – если правильные ответы 1,2 и 3; Б - если правильные ответы 1 и 3; В - если правильные ответы 2 и 4; Г - если правильные ответы 4; Д - если правильные ответы 1,2,3,4.
15	**Для центробежной эритемы Биетта является характерным:** 1. гиперемия; 2. язвенные поражения; 3. плотные чешуйки и рубцовая атрофия почти или полностью отсутствуют; 4. дисковидная бляшка и атрофия. Ответ: Б
16	**Артифициальный дерматит характеризуется:** 1. четкими границами; 2. локализацией на месте действия раздражителей; 3. локализацией в доступных местах; 4. жжением. Ответ: Д
17	**К экзогенным факторам, способствующим развитию пиодермии и ее рецидивов, относится:** 1. нарушения целостности эпидермиса (микротравмы, мацерация); 2. загрязнение кожи; 3. повышенное потоотделение; 4. смещение pH в щелочную сторону. Ответ: Д

<table>
<tr><td>18</td><td>

Для саркомы Капоши при ВИЧ – инфекции характерно:

1. локализация на нижних конечностях;
2. доброкачественное течение;
3. самопроизвольное разрешение;
4. молодой возраст.

Ответ: Г

</td></tr>
<tr><td>19</td><td>

Пациент с диагнозом: Скрытый ранний сифилис, получил специфическую терапию экстенциллином. Через 1 год после лечения результаты клинико-серологического контроля: МРП-отр; ИФА сумм.-полож., ИФА IgG – полож.; РПГА – 4+. Данные обследования свидетельствуют о том, что:

1. лечение было эффективным;
2. лечение было неэффективным;
3. пациент подлежит снятию с клинико-серологического контроля;
4. необходимо дополнительное лечение.

Ответ: Б

</td></tr>
<tr><td>20</td><td>

Инструкция: Установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого буквенного компонента левой колонки выберите пронумерованный элемент правой колонки. Каждый пронумерованный элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем.

<table>
<tr><th>Лекарственные поражения:</th><th>Клиническая картина:</th></tr>
<tr><td>А. анафилактический шок:
Б. сывороточная болезнь:
В. лекарственные высыпания:
Г. фиксированные дерматиты:
Д. аллергические васкулиты:</td><td>1. ограниченные участки дерматита с единичными или множественными элементами, возникающие при повторных назначениях лекарства на одних и тех же местах;
2. в легких случаях поражается только кожа, высыпания появляются на нижних конечностях и могут быть эритематозными, макулопапулезными и в виде пурпуры;
3. различные поражения кожи появляющиеся спустя несколько дней после начала приема препарата;
4. снижение АД, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, судороги, кома;
5. лихорадка, артралгия, высыпания на коже, лимфаденопатия через 3-5-12 суток после применения средства.</td></tr>
</table>

Ответ: А4; Б5; В3; Г1; Д2

</td></tr>
<tr><td>21</td><td>

Инструкция: Установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого буквенного компонента левой колонки выберите пронумерованный элемент правой колонки. Каждый пронумерованный элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем.

<table>
<tr><th>Заболевания:</th><th>Клинические симптомы:</th></tr>
<tr><td>А. саркоидоз:
Б. псориаз:
В. вульгарная пузырчатка:
Г. лихенсклероатрофический:
Д. амилоидоз:</td><td>1. симптом Поспелова;
2. симптом Никольского;
3. симптом «кровяной росы»;
4. при диаскопии – феномен «пылинок»;
5. макрохейлит и макроглоссит.</td></tr>
</table>

Ответ: А4;Б3;В2;Г1;Д5

</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>22</td><td>Инструкция: Установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого буквенного компонента левой колонки выберите пронумерованный элемент правой колонки. Каждый пронумерованный элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем.
<table>
<tr><td>Классификация микозов:
А. кератомикозы:
Б. дерматомикозы:
В. эндемические (глубокие) микозы:
Г. оппортунистические микозы:</td><td>Клинические формы:
1. эпидермофития;
2. отрубевидный лишай;
3. бластомикоз;
4. кандидоз.</td></tr>
</table>
Ответ: А2;Б1;В4;Г3</td></tr>
<tr><td>23</td><td>Инструкция: Установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого буквенного компонента левой колонки выберите пронумерованный элемент правой колонки. Каждый пронумерованный элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем.
<table>
<tr><td>Заболевание:
А. сифилис:
Б. гонорея:
В. мягкий шанкр:
Г. остроконечные кондиломы:</td><td>Инкубационный период:
1. 3-5 сут.;
2. 2-10 сут.;
3. 3-4 нед.;
4. от нескольких недель до 9 мес.</td></tr>
</table>
Ответ: А1;Б2;В1; Г4</td></tr>
<tr><td>24</td><td>Инструкция: установите правильную последовательность.
Дрожжевая межпальцевая эрозия развивается:
1. периферический рост очага;
2. распространение на соседние межпальцевые складки;
3. эрозия ярко-красного цвета;
4. везикулы на фоне гиперемии;
5. наслоение вторичной инфекции.
Ответ: 4,3,1,2,5</td></tr>
</table>

Вариант 2

1.	**Для клинической картины розового лишая характерно все, кроме** а) пятен б) овальной формы высыпаний в) вида медальонов г) волдырей д) расположения высыпаний по линиям расщепления кожи
2.	**Простой контактный дерматит характеризуется:** а) острым воспалением кожи на месте соприкосновения с раздражителем б) острым воспалением кожи, выходящим за пределы участка, подвергавшегося воздействию раздражителя в) четкими границами г) нечеткими границами
3.	**Гиперкератоз – это утолщение** а) зернистого слоя б) базального слоя в) рогового слоя г) эпидермиса д) шиповидного слоя
4.	**Для стрептодермий характерны все признаки, кроме** а) поражения кожи лица и складок б) распространения по периферии в) фликтен г) часто встречаются в детском возрасте д) гнойно-некротического воспаления

5.	**Для чесотки у взрослых характерны все признаки, кроме** а) зуд в ночное время б) поражение кожи ладоней, подошв и лица в) парные папуло-везикулярные элементы г) экскориации д) присоединение вторичной инфекции
6.	**Какой из симптомов не характерен для микроспории волосистой части головы?** а) обламывание волос на высоте 4-6 мм б) обламывание волос на высоте 1-2 мм в) наличие муфты вокруг обломанного волоса г) асбестовидное шелушение д) зеленое свечение волос при осмотре под лампой Вуда.
7.	**Какое исследование не проводят с целью диагностики истинной пузырчатки?** а) симптом Асбо-Хансена б) пробу Бальцера в) исследование мазков-отпечатков на акатолитические клетки г) симптом Никольского д) иммунофлюоресцентные исследования с биоптатом пузыря
8.	**Для стационарной стадии псориаза характерно все перечисленное, кроме** а) элементы полностью покрыты серебристо-белыми чешуйками б) насыщенно красного цвета высыпаний в) вокруг элементов имеется псевдоатрофический ободок Воронова г) прекращения появления новых высыпаний д) отсутствия периферического роста элементов
9.	**Укажите изменения кожи, характерные для ограниченной формы склеродермии:** а) эритема, лихенизация, пигментация б) сиреневое отечное пятно, плотная бляшка, атрофия в) пятна - «медальоны», чешуйки, пигментация г) эритема, гиперкератоз, рубцовая атрофия д) эритема, чешуйки
10.	**Укажите атипичную форму твердого шанкра:** а) фимоз б) гангренизация в) шанкр-амигдалит г) фагединизм д) парафимоз
11.	**Какую наружную лекарственную форму необходимо назначить больному с экземой в стадии мокнутия?** а) взбалтываемая жидкость б) примочки в) присыпка г) паста д)мазь
12.	**Атрофия дермы – это** а) уплощение сосочкового слоя б) истончение сетчатого слоя в) уменьшение количества сосудов дермы г) сглаженность дермо-эпидермальной границы д) все перечисленное, кроме в)
13.	**Гранулез – это утолщение** а) базального слоя б) блестящего слоя в) эпидермиса г) зернистого слоя д) шиповидного слоя

14.	**Акантолиз – это** а) разрушение межклеточных мостиков клеток шиповидного слоя б) скопление серозной жидкости в) дегенеративные изменения клеток шиповидного слоя г) образование внутриэпидермальных пузырей
15.	**К осложнения, наблюдающимся при наружном применении глюкокортикоидных гормонов, относятся все, кроме** а) пиодермии б) атрофии кожи в) гипертрихоза г) келоидного рубца д) телеангиэктазий
16.	**Какой первичный морфологический элемент предшествует эрозии?** а) узелок б) волдырь в) бугорок г) узел д) пузырек
17.	**Типичные высыпные элементы красного плоского лишая имеют следующие особенности, кроме** а) папул плоских, полигональных, красн.-сиреневого цвета б) вдавления в центре папул в) восковидного блеска г) преимущественной локализации на лице д) сетки Уикхема на поверхности папул
18.	**При первичном сифилисе регионарный лимфаденит характеризуется всеми клиническими признаками, кроме:** а) подвижности лимфоузлов б) плотно-эластической консистенции в) кожа над лимфоузлами нормальной окраски г) лимфоузлы спаяны между собой д) безболезненности лимфоузлов
19.	**Лихенификация характеризуется всем, кроме** а) уплотнения кожи б) образования эрозий в) усиления кожного рисунка г) утолщения кожи д) пигментации

Вариант 3

1.	**Назовите основную группу медикаментов для лечения тяжелых токсикодермий** a. Антигистаминные препараты b. Анальгетики c. Глюкокортикостекроиды d. Анксиолитики
2.	**Назовите самую тяжелую форму лекарственной токискодермии** a. Отек Квинке b. Дисгидротическая экзема c. Токсический эпидермальный некролиз d. Крапивница
3.	**Чем вызывается чесотка?** a. Лобковая вошь b. иксодовый клещ c. блохи d. клещ Acarus scabiei

4.	**Назовите источник заражения чесоткой** a. Домашние животные b. Больной человек c. Дикие животные d. Птицы
5.	**Переносчиком какого заболевания может быть платяная вошь?** a. Брюшной тиф b. Стрептодермия c. Гепатит В d. Сыпной тиф
6.	**Назовите самое тяжелое осложнение фурункула лица** a. Флегмона лица b. Тромбоз основное синуса мозга + сепсис c. Сепсис d. Парез лицевого нерва
7.	**Какие гигиенические мероприятия запрещены больному с гнойничковой патологией кожи?** a. Перевязки b. Мытье и другие водные процедуры c. Смена белья d. Чистка зубов
8.	**Назовите возбудитель опоясывающего герпеса** a. Вирус простого герпеса b. Папиломавирус c. Ротавирус d. Вирус варицелле-зостер
9.	**Какие этиотропные средства необходимо назначить больным тяжелыми герпетическими инфекциям?** a. Производные ацикловира b. Фторхинолоны c. Цефалоспорины d. Поливитамины
10.	**Какое поражение слизистой оболочки полости рта патогномонично для СПИДа?** a. Афтозный стоматит b. Волосатая лейкоплакия языка c. Эрозивный стоматит d. Геморрагические пузыри
11.	Какое соматическое заболевание может сочетаться с дерматозом Дюринга? a. Язвенная болезнь желудка b. Целиакия c. Желчно-ккаменная болезнь d. Лямблиоз
12.	**Какие препараты нельзя назначать больным Дерматозом Дюринга?** a. Препараты йода b. Препараты серебра c. Антибиотики d. Антацидные средства
13.	**При подтверждении диагноза «Дерматомиозит» врач обязан провести обследование для выявленипя:** a. Вирусной инфекции b. Онкологических заболеваний c. Хронического гастрита d. Пищевой аллергии

14.	**Какой клинический признак не является типичным для системной акросклеротической склеродермии?** a. Синдром Рейно b. Эзофагит c. Склеродактилия d. Телеангиоэктазии e. Периорбикулярная эритема
15.	**Какие группы препаратов резко обостряют течение псориаза?** a. Анксиолитики b. Бета- блокатолры c. Альфа- блокаторы d. Диуретики
16.	Какая соматическая патология часто сопровождает высыпания псориаза? a. Суставной синдром b. Дискинезия ЖВП c. Варикозный симптомокомлекс d. Колит
17.	**какая висцеральная патология наиболее часто наблюдается при третичном сифилисе?** a. Сифилитический гуммозный аортит b. Сифилитический гепатит c. Гуммы костей d. Гуммы кожи
18.	**Назовите самые заразные проявления сифилиса** a. Эрозивно-язвенные элементы на коже и слизистых b. Розеолезная сыпь c. сифилитический полиневрит d. Лейкодерма
19.	**Какое исследование необходимо провести больному с подозрением на сифилитический менингит?** a. Люмбальная пункция b. Серологическое исследование ликвора c. Ренгенография черепа и электроэнцефалограмма
20.	**Какие лабораторные тесты могут подтвердить диагноз скрытого сифилиса?** a. РИФ абс, ИФА.РПГА b. Реакция Грегерсена c. Нахождение в препарате акантолитических клеток d. Биохимическое исследование крови

Этап 2. Практико-ориентированная часть экзамена

Экзаменационные вопросы для клинических ординаторов

1. Псориаз. Клиника и диагностика простого псориаза. Тяжелые формы болезни. Принципы терапии.
2. Красный плоский лишай. Этиология, патогенез, клинические разновидности, течение, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Крапивница. Отек Квинке. Этиология, патогенез, клиника, лечение. Первая помощь при отеке гортани.
4. Синдром Лайелла. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.
5. Атопический дерматит. Этиология, патогенез, возрастные варианты течения, клинические проявления, осложнения.
6. Экзема. Этиология. Патогенез. Клинические разновидности. Принципы лечения.
7. Многоформная экссудативная эритема. Этиология. Патогенез. Клиника. Диф.диагностика. Лечение.
8. Дерматиты простые и аллергические. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.
9. Красный волосяной отрубевидный лишай Девержи. Этиология. Патогенез. Клинические разновидности. Диф.диагностика. Лечение.
10. Парапсориазы. Этиология, патогенез. Клинические формы, диагностика, лечение.
11. Псевдопелада. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика, диагностика, лечение.
12. Микоз, обусловленный красным трихофитоном. Источник и пути заражения. Предрасполагающие факторы. Клинические формы. Принципы терапии и профилактики.
13. Микоз, обусловленный межпальцевым трихофитоном. Источник и пути заражения. Предрасполагающие факторы. Клинические формы. Принципы терапии и профилактики.
14. Трихофития волосистой части головы. Источник и пути заражения. Эпидемиологическое значение хронической трихофитии. Методы диагностики. Клиника. Принципы лечения и профилактики.
15. Трихофития гладкой кожи. Этиология. Патогенез. Клинические разновидности. Диагностика, лечение, профилактика.
16. Кандидоз кожи и слизистых. Источник и пути заражения. Предрасполагающие факторы. Клинические формы. Особенности течения при СПИДе. Принципы терапии и профилактики кандидоза.
17. Вульгарная пузырчатка. Вегетирующая пузырчатка. Клиника. Методы диагностика. Дифференциальная диагностика с пемфигоидом. Лечение.
18. Буллезный пемфигоид. Клиника. Диагностика. Лечение.
19. Герпетиформный дерматоз Дюринга. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
20. Фурункул. Фурункулез. Карбункул. Этиология, патогенез, клиника, принципы лечения и профилактики.
21. Импетиго. Этиология. Пути передачи. Предрасполагающие факторы. Клинические разновидности. Принципы терапии и профилактики.
22. Стрептококковая опрелость. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
23. Акне. Этиология, патогенез, клиника, принципы лечения.
24. Розацеа. Патогенез. Клинические формы. Клиника. врачебная тактика.
25. Себорейный дерматит. Этиология. Патогенез. Клиническая характеристика. Диагностика. Лечение.
26. Чесотка. Клиника. Лечение. Противоэпидемические мероприятия при чесотке.
27. Эризепилоид. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика, диагностика, лечение.
28. Амикробные пустулезы. Клиническая картина. Принципы терапии.
29. Простой пузырьковый лишай. Опоясывающий лишай. Этиология. Патогенез. Особенности течения при ВИЧ-инфекции. Лечение.
30. Папилломавирусная инфекция. Этиология, клиника, лечение.
31. Боррелиоз кожи. Клиника. Врачебная тактика. Диф.диагностики.
32. Саркоидоз кожи. Клинические формы. Принципы терапии.

33. Лейшманиоз. Этиология. Эпидемиология. Клинические проявления городского и сельского типов лейшманиоза. Лечение и профилактика кожного лейшманиоза.
34. Лепра. Этиология. Патогенез. Клиническая характеристика. Диагностика. Осложнения. Лечение.
35. Туберкулез кожи. Общая характеристика. Клинические формы. Туберкулезная волчанка, клиника, принципы терапии.
36. Склеродермия. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика, лечение. CREST-синдром.
37. Дерматомиозит. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика, диагностика, лечение.
38. Красная волчанка. Этиология, патогенез. Кожные формы. Клиника. Критерии диагностики. Принципы лечения.
39. Лимфомы кожи. Классификация. Первичные Т-клеточные кожные лимфомы. Грибовидный микоз. Клиника, диагностика, лечение.
40. Кольцевидная гранулема. Липоидный некробиоз. Клиника, диагностика.
41. Доброкачественные опухоли кожи: себорейный кератоз, дерматофиброма. Клиника. Лечение.
42. Пигментные невусы. Определение. Классификация. Признаки малигнизации невуса.
43. Меланома. Клиника. Врачебная тактика. Дифференциальный диагноз.
44. Базалиома. Клиника. Принципы диагностики и лечения.
45. Предраки вирусной природы, классификация, клиника.
46. Эритроплазия Кейра. Болезнь Боуэна. Клиника. Врачебная тактика.
47. Неспецифические и специфические гемодермии.
48. Эритемы Гаммеля, Дарье. Этиология, клиника, диф.диагностика.
49. Аллергические васкулиты кожи. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Дермальные ангииты. Клинические проявления геморрагического васкулита кожи. Принципы лечения.
50. Гиподермальные ангииты. Узловатый ангиит. Клинические типы. Диагностика. Диф.диагностика. Лечение.
51. Определение сифилиса как болезни. Особенности течения сифилиса. Классификация сифилиса.
52. Возбудитель сифилиса. Строение, формы существования, деление, антигенная структура, методы обнаружения.
53. Течение сифилиса по периодам с общей характеристикой каждого из них.
54. Общая характеристика вторичного периода сифилиса. Клинические особенности вторичных свежих и вторичных рецидивных высыпаний.
55. Первичный период сифилиса.
56. Первичная сифилома. Клиника. Атипичные сифиломы. Дифференциальная диагностика.
57. Папулезный сифилид. Классификация. Характеристика клинических разновидностей.
58. Вторичные сифилиды слизистой оболочки полости рта.
59. Современные представления об иммунитете и аллергии при сифилисе.
Реинфекция и суперинфекция.
60. Серологические реакции, применяемые для диагностики приобретенного и врожденного сифилиса.
61. Признаки поражения лимфатических узлов при сифилисе, сроки обнаружения.
62. Особенности злокачественного течения сифилиса и причины такого течения.
63. Врожденный сифилис. Патогенез. Отличие от приобретенного сифилиса. Классификация.
64. Гонорея. Этиология. Патогенез. Клиника гонореи мужчин. Течение, диагностика, лечение, осложнения. Установление критериев излеченности.
65. Хламидиоз. Этиология. Патогенез. Клинические проявления хламидийной инфекции у мужчин, женщин и детей. Течение, диагностика, лечение.
66. Генодерматозы. Болезнь Прингля- Бурневилля, болезнь Реклингхаузена. Клиника, диагностика.

3 этап
Определение уровня профессиональной подготовленности к самостоятельному решению профессиональных задач
Проверка практических навыков

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ОРДИНАТОРОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»

К дерматовенерологу обратился пациент с жалобами на зудящие высыпания. При осмотре на коже сгибательной поверхности предплечий и плеч, а также на пояснице обнаружены плоские полигональные папулы сиреневого цвета, блестящие при боковом освещении. На некоторых папулах в центре заметно пупкообразное вдавление. На слизистой оболочке щек, десен и боковых поверхностей языка имеются мелкие узелки серовато-белого цвета, группирующиеся в линии, круги. Субъективные ощущения отсутствуют. На красной кайме губ – отдельные полигональные папулы беловато-синеватого оттенка, небольших размеров, слегка возвышающиеся над окружающими участками. *Предположительный диагноз. Что необходимо для уточнения диагноза?* *Врачебная тактика. Лечение.*
Мужчина 38 лет, был доставлен в терапевтический стационар бригадой СМП в связи с появлением сильных болей в левой половине грудной клетки, сопровождающихся субфебрильной температурой. Однако врач приемного отделения, объективно оценив сыпь на коже в области болевых зон, отказала пациенту в госпитализации и направила его к дерматологу. Объективно: на коже левой половины грудной клетки в области проекции 4-5 ребра наблюдаются мелкие сгруппированные пузырьки с прозрачным содержимым, расположенные на отечно-эритематозном фоне. *Предположительный диагноз и его обоснование. С каким заболеванием необходимо проводить диф. диагноз? Что необходимо для уточнения диагноза? Лечение.*
У шофера, совершавшего длительные рейсы, при очередном медицинском осмотре на головки полового и крайней плоти обнаружены две болезненные, ярко-красные эрозии размером с 1-копеечную монету с неровными краями, мягкие в основании, окруженные венчиком эритемы. При сборе анамнеза выяснилось, что заболел неделю назад, через 3-4 дня после случайной половой связи. Это же заболевание неоднократно беспокоило и раньше, так же обычно после интимной близости. К врачу не обращался, самостоятельно смазывал цинковой мазью. *Предположительный диагноз и его обоснование. С каким заболеванием необходимо проводить диф. диагноз? Что необходимо для уточнения диагноза? Лечение.*
На тыльной поверхности кисти у молодого человека имеется несколько узелков, один из которых достигает 1 см в диаметре и имеет ороговевшие сосочки на поверхности. Остальные элементы мелкие, с гладкой, блестящей поверхностью, круглой формы, плотной консистенции, серого цвета. На лбу имеются мелкие узелки до 3 мм в диаметре, плоские едва выступающие над кожей, округлой и полигональной формы, бледно-розового цвета, сопровождающиеся легким зудом. *Предположительный диагноз и его обоснование. С каким заболеванием необходимо проводить диф. диагноз? Что необходимо для уточнения диагноза? Лечение.*
У ребенка 5 лет на коже лица, туловища, половых органов педиатр заметил множество полушаровидных, плотных узелков размером от 5 до 8 мм в диаметре, с гладкой поверхностью и перламутровым блеском, на некоторых из них – пупковидное вдавление в центре. *Предположительный диагноз и его обоснование. С каким заболеванием необходимо проводить диф. диагноз? Что необходимо для уточнения диагноза? Лечение.*
На прием к дерматологу обратилась мать с дочерью 2-х лет, у которой неделю назад после приезда от бабушки из деревни, появились высыпания на коже, сопровождающиеся ночным зудом. При осмотре: на туловище (преимущественно внизу живота, на спине), верхних конечностях (в области локтевых суставов), бедрах, имеются папулезно-везикулезные, попарно

сгруппированные элементы, отдельные пустулезные элементы, серозно-гнойные корочки. Увеличены подмышечные лимфоузлы.

Предположительный диагноз и его обоснование. С каким заболеванием необходимо проводить диф. диагноз? Что необходимо для уточнения диагноза? Лечение.

На приём обратился молодой человек 23 лет с жалобами на высыпания в области половых органов, сопровождающихся зудом. Больным считает себя около недели. Пациент постоянно находится в командировках. При осмотре: на коже лобковой области, мошонке, промежности, а также в области грудины, где повышенное оволосение, имеются темные точки, преимущественно приуроченные к устью волосяного фолликула. На волосах – отдельные белесоватые «бугорочки». На коже живота, бедер – папулёзные элементы и синевато-тусклые пятна.

Предположительный диагноз и его обоснование. С каким заболеванием необходимо проводить диф. диагноз? Что необходимо для уточнения диагноза? Лечение.

На прием к педиатру пришла девочка 9 лет в сопровождении мамы, которая считает, что у ребенка возобновился экссудативный диатез в связи с нарушением диеты (в последнее время девочка находилась в детском лагере). При осмотре: на передней поверхности шеи – мелкие эритематозные пятна, узелки гнойнички, гнойные корки, экскориации. На волосистой части головы видны кровянистые корочки. Кроме того, в области затылка и виска обнаружены продолговатые образования серовато-белого цвета, величиной до 2 мм в длину, прочно прикрепленные к волосам.

Предположительный диагноз и его обоснование. С каким заболеванием необходимо проводить диф. диагноз? Что необходимо для уточнения диагноза? Лечение.

В КВД обратилась женщина 28 лет с жалобами на множественную сыпь, появившуюся неделю назад на различных участках кожного покрова. 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 розовые шелушащиеся серебристыми чешуйками папулы. имевшие размеры от 1.5 до 2.5 см в диаметре. На слизистой рта и половых органах высыпаний нет.

Предположительный диагноз. Укажите стадию заболевания и обоснуйте свое мнение. Что необходимо для уточнения диагноза? Врачебная тактика. Лечение.

В дерматологический стационар поступила женщина 65 лет. Из анамнеза стало известно, что 3 месяца назад ее начало беспокоить постоянное серозное отделяемое из носовой полости все зависимости от сезона года. Определенное время она лечилась у отоларинголога по поводу «атрофического ринита». После появления крупной эрозии на слизистой твердого неба она была направлена на консультацию к стоматологу. По поводу проявлений «эрозивного стоматита» лечилась до тех пор, пока не появились крупные пузыри и корки на коже живота. Врачом-дерматологом была направлена на обследование и лечение в стационар.

Предположительный диагноз, укажите вероятную клиническую форму заболевания. Какие исследования (клинические и лабораторные) необходимо провести для подтверждения диагноза? Врачебная тактика. Лечение.

Женщина 68 лет обратилась к дерматологу в КВД. Более месяца ее беспокоят распространенные пузырные высыпания на коже туловища и конечностей (включая кисти и стопы), сопровождающиеся сильным зудом. При осмотре имелись множественные, стойкие, напряженные пузыри размером от 0.5 до 5 см с серозным и геморрагическим содержимым, без периферического роста. Кожа в очагах была гиперемированной, местами отечной, имелись отдельные корки и эрозии. Напряженные, стойкие пузыри имелись и на неизмененной коже. Высыпаний на слизистой оболочке рта и гениталий не было обнаружено. Появление новых высыпаний сопровождалось повышением температуры до 38ºС. Больная стала плохо спать, чаще беспокоят приступы стенокардии.

Предположительный диагноз и его обоснование. Какие исследования (клинические и лабораторные) необходимо провести для подтверждения диагноза? Лечение.

Больная 70 лет поступила в кожное отделение с жалобами на распространенные высыпания на коже туловища, сопровождающиеся сильным зудом, а также возрастающую слабость, отсутствие аппетита, плохой сон. Больна один месяц. Патологический процесс носит распространенный характер и локализуется на коже туловища и конечностей. Сыпь представлена пятнами, папулами, пузырьками, множественными сгруппированными, размером с горошину и больше, напряженными пузырями, свежими эрозиями ярко-красного цвета, геморрагическими корками, биопсирующими расчесами. Слизистые оболочки свободны от высыпаний.

Больная пониженного питания. Периферические лимфатические узлы размером с вишню. Живот при пальпации несколько вздут, слегка болезненный в эпигастральной области, печень на 1.5 см выступает из-под края реберной дуги, безболезненна.

Предположительный диагноз и его обоснование. Какие исследования (клинические и лабораторные) необходимо провести для подтверждения диагноза?

У мужчины 28 лет на разгибательных поверхностях конечностей, животе, спине, ягодицах, крестце симметрично расположены мелкие папулы, волдыри и отечные эритематозные очаги разной величины (от 5 до 10 см в диаметре). По их краям имеются мелкие сгруппированные напряженные пузыри с серозным содержимым. В очагах также имеются многочисленные серозные и кровянистые корочки, отдельные эрозии. Периферические лимфоузлы не увеличены, видимые слизистые оболочки не изменены. Общее состояние больного удовлетворительное, но беспокоят сильный зуд и жжение в очагах поражения, плохой сон.

Предположительный диагноз и его обоснование. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Какие исследования (клинические и лабораторные) необходимо провести для подтверждения диагноза? Врачебная тактика. Лечение.

К больной 30 лет был вызван врач скорой помощи. При осмотре на дому было констатировано тяжелое состояние: сознание спутано, температура 39.9ºС, дыхание учащено, хриплое. На всем кожном покрове обильная пятнистая сыпь, на голенях – с геморрагическим характером. На коже лица, груди, живота сыпь сливается в обширные участки эритемы величиной более двух ладоней, на коже спины наблюдаются вялые пузыри. При потягивании за покрышку пузыря она легко разрывается и отслаивается за исходные границы пузыря на 2.5–3 см. При дотрагивании до кожи выражена болезненность. Лицо отечно, глазные щели сужены за счет отека век.

Со слов родственников, больная в течение недели принимала сульфадимезин и аспирин по поводу катаральной ангины. Препараты были назначены участковым терапевтом.

Предположительный диагноз и его обоснование. Тактика врача скорой помощи в подобных ситуациях. Дальнейшие мероприятия. Принципы терапии.

В клинику кожных болезней поступила женщина 41 года с жалобами на сильный зуд, жжение и мокнутье кожи правого предплечья и кисти. При осмотре поражение циркулярно захватывает кожу правой руки от дистальных фаланг пальцев до локтевого сгиба. Границы поражения четкие, кожа гиперемирована, отечна, кое-где имеются пузыри с серозным содержимым размером от мелкой горошины до вишни, кое-где – мокнущие эрозии. Из анамнеза известно, что больная – научный сотрудник ботанического института - за день до начала заболевания производила обрыв листьев густой кроны южноамериканского дерева, которое недавно впервые поступило в оранжерею института. Подобное же поражение возникло у лаборантки того же института, которая помогала сортировать отобранные из кроны листья.

Предположительный диагноз, его обоснование и врачебная тактика.

Врачебная тактика. Лечение.

Больная 17 лет. В 8-месячном возрасте появились зудящие высыпания в подколенных ямках, несколько ранее – на щеках и голенях. В возрасте 3 лет изменения усилились в локтевых сгибах и на кистях. Летом наблюдалось улучшение. Больная лечилась антигистаминными препаратами, хлористым кальцием, наружно – ланолиновым кремом, флуцинаром. В момент обследования: поражение кожи распространенное, с преобладанием в локтевых ямках и на кистях. На тыльной поверхности кистей – эритематозно-инфильтративные очаги с трещинами, эскориациями, мелкими чешуйко-корками, при поскабливании отторгающимися с образованием

точечных, выделяющих прозрачную жидкость эрозий. В локтевых ямках – выраженная лихенификация, на верхней части груди, боковых поверхностях туловища – воспалительные фолликулярные папулы, отрубевидное шелушение.

Предположительный диагноз, его обоснование. Режимные рекомендации. Принципы терапии. Врачебная тактика. Лечение.

Больной 32 лет, водопроводчик, обратился к врачу с жалобами на боль, жжение, зуд кожи правой стопы. Из анамнеза известно, что около 2 месяцев назад у больного была потертость в области тыла стопы, которая затем осложнилась гнойной инфекцией. Больной к врачу не обращался, лечился сам детской присыпкой. Воспаление кожи постепенно нарастало, усилилось гнойное отделяемое, нарастал отек правой стопы. Около 2 недель назад на левой стопе симметрично с правой появился зудящий очаг гиперемии, на котором больной увидел мелкие пузырьки. 10 дней назад зудящая сыпь появилась на кистях, предплечьях, бедрах.

При осмотре: кожа правой стопы резко отечна, гиперемирована. На этом фоне имеется очаг поражения крупнофестончатых очертаний, с мокнущей поверхностью, на которой отчетливо просматриваются микроэрозии, на симметричном участке левой стопы – гиперемия, микровезикулы с серозным содержимым. На остальных участках кожного покрова – единичные элементы папуло-везикулезной сыпи.

Предположительный диагноз и его обоснование. Принципы терапии.

Врачебная тактика. Лечение.

К косметологу обратилась девушка 19 лет. Поражение кожи локализовалось в области подбородка и прилегающих отделов щек, было представлено пустулезными, абсцедирующими и уплотненными угрями. Усилено салоотделение. Началом заболевания считает период возникновения менструаций. Отмечает усиление салоотделения, воспалительных явлений и появление новых угрей за 8–10 дней до начала очередных менструаций, характер которых нерегулярный.

Предположительный диагноз и его обоснование. Врачебная тактика. Лечение.

К дерматологу обратилась женщина 45 лет с жалобами на поражение кожи правой голени, которым она страдает несколько месяцев. Объективно: на передневнутренней поверхности правой голени имеется обширный очаг поражения с крупнофестончатыми очертаниями, резко отграниченный от окружающей здоровой кожи каймой отслаивающегося рогового слоя. Кожа в очаге поражения гиперемированная, с застойным оттенком, слегка инфильтрирована, частично покрыта слоистыми чешуйко-корками, частично эрозирована, мокнет. Вокруг очага поражения имеются одиночные фликтены и остиофолликулиты. Обращает на себя внимание резкое расширение вен нижних конечностей.

Предположительный диагноз и его обоснование. Какие патогенетические факторы могли способствовать развитию данного заболевания? Принципы терапии.

К врачу обратилась женщина 53 лет с жалобами на жжение и зуд под молочными железами. Эти явления беспокоят около 2 месяцев. Пациентка лечится у гинеколога в связи с проявлениями климактерия. Под молочными железами с двух сторон врач обнаружил мокнущие ярко-красного цвета эрозии с фестончатыми границами и бордюром отслоившегося эпидермиса по периферии. В глубине складок имелись неглубокие, мацерированные, болезненные трещины. По краям сливных эрозий наблюдались отдельные фликтены.

Предположительный диагноз и его обоснование. Какой фактор мог иметь значение в патогенезе данного заболевания? Принципы терапии.

Больная 46 лет обратилась к дерматологу с жалобой на поражение ногтевых пластинок стоп. При осмотре кожа на подошвенных поверхностях стоп диффузно утолщена, кожный рисунок усилен, имеется диффузное отрубевидное шелушение. Ногтевые пластинки I, II и V пальцев левой стопы и все ногтевые пластинки правой стопы утолщены, непрозрачны, желтовато-серого цвета. Край ногтевых пластинок неровный, под ногтевыми пластинками имеются сухие крошащиеся массы желтого цвета. Больная в течение 5 лет страдает варикозным расширением вен нижних конечностей.

Предположительный диагноз. Назовите возбудителей, которые могут обусловить приведенную клиническую картину. Перечислите методы лабораторной диагностики, необходимые для уточнения диагноза, и их предполагаемые результаты. Лечение.

При осмотре в КВД школьника 12 лет на волосистой части головы обнаружены множественные округлые с четкими очертаниями участки прорежения волос разной величины (до 1–2 см в диаметре). Кожа на этих участках покрыта серовато-белыми отрубевидными чешуйками. Сохранившиеся в пределах очагов волосы обломаны на разном уровне, тусклые. В устьях некоторых фолликулов видны остатки утолщенных и обломанных у основания кожи волос. В чешуйках с очагов прорежения волос обнаруживаются короткие, серые волосы в виде «запятых» и «вопросительных знаков».

Предположительный диагноз и клиническая форма поражения. Укажите предполагаемых возбудителей. Перечислите методы лабораторной диагностики, необходимые для уточнения диагноза, и их вероятные результаты. Лечение.

У школьника 10 лет на волосистой части головы обнаружен круглый очаг прорежения волос до 4 см в диаметре. Кожа в пределах этого очага обычной окраски, покрыта отрубевидными чешуйками. Волосы в пределах очага тусклые, серые и все обломаны на уровне 4–6 мм. В основании некоторых из извлеченных волос имеется серого цвета «чехлик» в форме «закрытого зонтика».

Предположительный диагноз. Назовите возбудителей, которые могут обусловить приведенную клиническую картину. Что необходимо для уточнения диагноза? Лечение.

К врачу стоматологу обратилась пациентка с жалобами на чувство жжения во рту при приеме пищи. При опросе выяснено, что подобные явления у больной появились после перенесенной пневмонии, по поводу которой в течение 3-х недель она получала пенициллин в сочетании со стрептомицином.

При осмотре слизистая оболочка полости рта отечна, гиперемирована. На твердом небе, боковых поверхностях языка, слизистой щек наблюдаются белые островковые налеты, напоминающие «свернувшееся молоко». После снятия налетов под ними обнаруживаются неправильной формы кровоточащие эрозии на гиперемированном и отечном фоне. В углах рта имеется покраснение и болезненные трещины с незначительным инфильтратом в основании и бордюром отслоившегося мацерированного эпидермиса.

Предположительный диагноз. Перечислите методы лабораторной диагностики, необходимые для уточнения диагноза, и их предполагаемые результата.

К дерматовенерологу обратился мужчина 26 лет с жалобами на появление болезненных высыпаний на головке полового члена и внутреннего листка крайней плоти. Высыпания часто рецидивируют после охлаждения, стрессов и половых контактов. Больной сам неоднократно отмечал появление мелких пузырьков.

При осмотре: на коже головки полового члена и крайней плоти имелись эритема, отек, множество мелких пузырьков с мутноватым содержимым и эрозии с мелкополициклическими краями и обильным серозным отделяемым. В основании эрозии уплотнения не наблюдалось, пальпация вызывала умеренную болезненность. В правой паховой области определялись умеренно увеличенные, болезненные лимфоузлы.

Предположительный диагноз и его обоснование. С каким заболеванием необходимо проводить диф. диагноз? Что необходимо для уточнения диагноза? Лечение.

Больной 28 лет утром в день обращения к врачу заметил множественные высыпания на коже туловища, которые сопровождались зудом. Накануне посещал баню. При осмотре на туловище и проксимальных отделов конечностей, особенно в области подкрыльцовых впадин и подвздошных областей имеются множественные эритематозные и пятнистые элементы несколько вытянутой формы, размером 1х2 см, с четкими контурами, расположенные симметрично, по своему положению соответствуют линиям Лангера. В центре большинства элементов окраска менее интенсивная, по периферии более яркая. В центре большинства пятен легкое шелушение. На коже груди врач обнаружил более крупное пятно до 5 см в диаметре,

округлой формы, с центральным шелушением, напоминающим «гофрированную папиросную бумажку».

Предположительный диагноз и его обоснование. Лечение.

В КВД обратилась женщина 35 лет с жалобами на высыпания в области кистей и стоп, сгибательных поверхностей предплечий и слизистой рта, болезненность при приеме пищи, недомогание, повышение температуры тела. Неделю назад она перенесла катаральную ангину.

При осмотре дерматолог обнаружил на пораженных участках полиморфную сыпь в виде синюшно-красных пятен, папул и бляшек с западением в центре, которые имеют внешний вид «кокарды». На некоторых папулах видны небольшие пузыри с серозным содержимым. На красной кайме губ имеются обильные корки, на слизистой рта множественные болезненные эрозии с белесоватым фибринозным налетом, некоторые из которых кровоточат.

*Предположительный диагноз и его обоснование. Лечение***.**

На прием к дерматологу обратился больной 27 лет с жалобами на боли и чувство тяжести внизу живота и промежности иррадиирующие в мошонку, легкую дизурию, половые расстройства. Из анамнеза выяснено, что 5 лет назад лечился у уролога по поводу острой гонореи пенициллином, после чего сохранились незначительные выделения, в основном по утрам. В контрольных анализах гонококков не было. Через 5 месяцев появились вышеуказанные жалобы. Поставлен диагноз: хронический простатит. Получал самые разнообразные антибиотики, трианол, раверон. Проводился неоднократно массаж простаты, физиотерапия. Эффект был временным и незначительным. При микроскопическом исследовании нативного препарата в соскобе со слизистой уретры обнаружены трихомонады. Предстательная железа пальпаторно тестоватой консистенции. При двухстаканной пробе слизисто-гнойные нити в обеих порциях мочи. В соке предстательной железы содержание лейкоцитов 30-40 в поле зрения и скоплениями, лецитиновых зерен небольшое количество.

Поставьте диагноз? Что не учтено урологом при постановке диагноза гонорея? Что необходимо было предпринять в связи с сохранением выделений после окончания лечения гонореи? Действуют ли антибиотики на трихомонаду? Перечислите противотрихомонадные средства?

Через две недели после полового контакта у мужчины появились скудные слизистые выделения из уретры, небольшой зуд. После проведенного обследования был поставлен диагноз: Хламидийный уретрит.

Как проводился забор материала для исследования на хламидии и почему? Методы диагностики данного заболевания? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз данного заболевания? Перечислите возможные осложнения? К каким антибиотикам хламидии нечувствительны? Укажите наиболее эффективные противомикробные препараты для лечения данного заболевания?

У пациента 32 лет, через 1,5 недели после перенесенной гонореи появилось нарушение общего состояния, повышение температуры до 39 С, припухлость, болезненность коленного, затем голеностопного и мелких суставов кисти. При осмотре обнаружены скудные слизисто-гнойные выделения из уретры. Из анамнеза выяснено, что 4 дня назад обращался к окулисту по поводу конъюнктивита.

Поставьте диагноз? С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз данного заболевания? Какое лабораторное исследование следует провести для подтверждения диагноза?

Больной обратился на прием к врачу с жалобами на выделение из уретры, больше по утрам, небольшую резь в начале мочеиспускания. Болен около недели. 10 дней назад имел половую связь со знакомой девушкой, после чего появились вышеуказанные жалобы. При осмотре: губки наружного отверстия уретры ярко-розового цвета, умеренно отечны. Выделения из канала слизисто-гнойные, необильные. При двухстаканной пробе – моча мутная в первой порции. Предстательная железа при пальпаторном исследовании не изменена. При микроскопическом исследовании соскоба из уретры обнаружены гонококки. После массажа

простаты патологических изменений в ее секрете не обнаружено.

Поставьте диагноз? Как выглядят гонококки под микроскопом при окраске по Грамму? Какая ошибка допущена врачом при обследовании больного (обоснуйте ответ)? Перечислите препараты для проведения этиотропной терапии? Когда проводится первое и заключительное контрольное исследование больного?

На прием к сексопатологу пришел 30-летний мужчина с жалобами на ослабление эрекции, снижение либидо, преждевременную эякуляцию. Изредка из уретры появлялись скудные выделения. Пальцевое исследование предстательной железы патологии не выявило, в ее секрете лейкоцитов 10-15 в поле зрения, уменьшено количество лецитиновых зерен, нарушение кристаллизации секрета. При посеве его, получен рос культуры гонококка.

Поставьте диагноз? Какая еще симптоматика может наблюдаться при данном заболевании? Перечислите формы поражения предстательной железы по степени их выраженности? Назначьте лечение.

30-летний мужчина с жалобами на ослабление эрекции, снижение либидо, преждевременную эякуляцию. Изредка из уретры появлялись скудные выделения. Пальцевое исследование предстательной железы патологии не выявило, в ее секрете лейкоцитов 10-15 в поле зрения, уменьшено количество лецитиновых зерен, нарушение кристаллизации секрета. При посеве его, получен рос культуры гонококка.

Поставьте диагноз. Какая еще симптоматика может наблюдаться при данном заболевании? Перечислите формы поражения предстательной железы по степени их выраженности. Назначьте лечение.

На прием обратилась мать с дочкой в возрасте 9 мес. Жалобы на язвочку на небе, которую заметила неделю назад. Девочка беспокойная, плохо спит, плачет когда выпадает соска. Мать облизывает соску и дает ей снова. С 3-х месяцев на искусственном вскармливании. У матери периодически появляются «язвочки» во рту и трещины в углах рта, которые проходят через 3-4 недели без лечения. Отец девочки в заключении, имеет редкие свидания с женой.

При осмотре девочки, на твердом небе эрозия правильной округлой формы, синюшно-розового цвета, слизистая вокруг нее не изменена. Подчелюстные и переднешейные лимфоузлы увеличены, безболезненны, плотно-эластичной консистенции. У матери - кожные покровы чистые, лимфоузлы не увеличены. На языке белесоватые округлые папулы, частично мацерированые, безболезненные при нажатии шпателем.

Поставьте диагноз (ребенку и матери). Какие клинические проявления заболевания здесь наблюдаются? Какой путь заражения можно отметить у ребенка? Какие лабораторные методы обследования необходимы для подтверждения данного диагноза? С какими заболевания проводят дифференциальную диагностику?

К гинекологу обратилась больная с жалобами на умеренную болезненность, припухлость в области наружных половых органов. При осмотре обнаружено: правая половая губа увеличена в размерах, плотная безболезненная при пальпации. Паховые узлы увеличены, плотно-эластической консистенции, подвижные безболезненные.

Поставьте диагноз. С какими заболевания проводят дифференциальную диагностику? Перечислите все атипичные проявления данного заболевания. Ваши дальнейшие действия. Назначьте лечение.

На прием к гинекологу обратилась женщина с девочкой 4 лет , у которой заметила желтоватые пятна на трусах. При осмотре: кожа половых губ, слизистая оболочка преддверия отечны, эритематозны, покрыты гнойно-слизистыми выделениями, вытекающими из влагалища. В мазках обнаружены грамотрицательные диплококки, которые лаборантом идентифицированы как гонококки. Поставлен диагноз: гонорея, составлено экстренное извещение и направлено в СЭС. Проведено соответствующее лечение и контроль. Через месяц после очередной сверки экстренных извещений статистическим отделом кожно-венерологического диспансера и СЭС затребован мазок из женской консультации. Позже выяснилось, что он врачом- лаборантом не был сохранен.

Куда еще должен был направить гинеколог «экстренное извещение»? Чем в обязательном порядке должен быть подтвержден диагноз, с чем это связано? Как долго должен храниться в лаборатории мазок при положительном результате исследования на гонококк у детей? Какое решение должно быть принято в отношении диагноза?

На прием к оториноларингологу обратилась молодая женщина с жалобами на умеренную болезненность и затруднение при глотании. Общее состояние не нарушено, температура не повышена. Больна одну неделю. Объективно: процесс асимметричен, левая миндалина увеличена в размерах, плотная. С той же стороны пальпируются увеличенные, безболезненные лимфоузлы плотно-эластической консистенции, подвижные. Взята кровь на микрореакцию, которая оказалась отрицательной. Поставлен диагноз «ангина». И назначено лечение эритромицином. Через 2 недели вызвана как половой контакт больного вторичным рецидивным сифилисом. После обследования поставлен диагноз «ранний скрытый сифилис».

Что в действительности было у больной при первичном обращении к врачу? Что, вероятнее всего, ввело в заблуждение оториноларинголога? Что должен был сделать врач? Чем объяснить возникновение у больной скрытого сифилиса?

Мужчина 38 лет, был доставлен в терапевтический стационар бригадой СМП в связи с появлением сильных болей в левой половине грудной клетки, сопровождающихся субфебрильной температурой. Однако врач приемного отделения, объективно оценив сыпь на коже в области болевых зон, отказала пациенту в госпитализации и направила его к дерматологу. Объективно: на коже левой половины грудной клетки в области проекции 4-5 ребра наблюдаются мелкие сгруппированные пузырьки с прозрачным содержимым, расположенные на отечно-эритематозном фоне.

Предположительный диагноз и его обоснование. С каким заболеванием необходимо проводить диф. диагноз? Что необходимо для уточнения диагноза? Лечение.

У шофера, совершавшего длительные рейсы, при очередном медицинском осмотре на головки полового и крайней плоти обнаружены две болезненные, ярко-красные эрозии размером с 1-копеечную монету с неровными краями, мягкие в основании, окруженные венчиком эритемы. При сборе анамнеза выяснилось, что заболел неделю назад, через 3-4 дня после случайной половой связи. Это же заболевание неоднократно беспокоило и раньше, так же обычно после интимной близости. К врачу не обращался, самостоятельно смазывал цинковой мазью.

Предположительный диагноз и его обоснование. С каким заболеванием необходимо проводить диф. диагноз? Что необходимо для уточнения диагноза? Лечение.

На тыльной поверхности кисти у молодого человека имеется несколько узелков, один из которых достигает 1 см в диаметре и имеет ороговевшие сосочки на поверхности. Остальные элементы мелкие, с гладкой, блестящей поверхностью, круглой формы, плотной консистенции, серого цвета. На лбу имеются мелкие узелки до 3 мм в диаметре, плоские едва выступающие над кожей, округлой и полигональной формы, бледно-розового цвета, сопровождающиеся легким зудом.

Предположительный диагноз и его обоснование. С каким заболеванием необходимо проводить диф. диагноз? Что необходимо для уточнения диагноза? Лечение.

У ребенка 5 лет на коже лица, туловища, половых органов педиатр заметил множество полушаровидных, плотных узелков размером от 5 до 8 мм в диаметре, с гладкой поверхностью и перламутровым блеском, на некоторых из них – пупковидное вдавление в центре.

Предположительный диагноз и его обоснование. С каким заболеванием необходимо проводить диф. диагноз? Что необходимо для уточнения диагноза? Лечение.

На прием к дерматологу обратилась мать с дочерью 2-х лет, у корой неделю назад после приезда от бабушки из деревни, появились высыпания на коже, сопровождающиеся ночным зудом. При осмотре: на туловище (преимущественно внизу живота, на спине), верхних конечностях (в области локтевых суставов), бедрах, имеются папулезно-везикулезные, попарно сгруппированные элементы, отдельные пустулезные элементы, серозно-гнойные корочки.

Увеличены подмышечные лимфоузлы. *Предположительный диагноз и его обоснование. С каким заболеванием необходимо проводить диф. диагноз? Что необходимо для уточнения диагноза? Лечение.*
На приём обратился молодой человек 23 лет с жалобами на высыпания в области половых органов, сопровождающихся зудом. Больным считает себя около недели. Пациент постоянно находится в командировках. При осмотре: на коже лобковой области, мошонке, промежности, а также в области грудины, где повышенное оволосение, имеются темные точки, преимущественно приуроченные к устью волосяного фолликула. На волосах – отдельные белесоватые «бугорочки». На коже живота, бедер – папулёзные элементы и синевато-тусклые пятна. *Предположительный диагноз и его обоснование. С каким заболеванием необходимо проводить диф. диагноз? Что необходимо для уточнения диагноза? Лечение.*
На прием к педиатру пришла девочка 9 лет в сопровождении мамы, которая считает, что у ребенка возобновился экссудативный диатез в связи с нарушением диеты (в последнее время девочка находилась в детском лагере). При осмотре: на передней поверхности шеи – мелкие эритематозные пятна, узелки гнойнички, гнойные корки, экскориации. На волосистой части головы видны кровянистые корочки. Кроме того, в области затылка и виска обнаружены продолговатые образования серовато-белого цвета, величиной до 2 мм в длину, прочно прикрепленные к волосам. *Предположительный диагноз и его обоснование. С каким заболеванием необходимо проводить диф. диагноз? Что необходимо для уточнения диагноза? Лечение.*