

Дерматовенерология

Ситуационные задачи

Купить: medkeys.ru/product/dermatovenerologia/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 54 лет обратился на приём к дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания коже в области волосистой части головы, туловище, локтях и коленях, сопровождающиеся шелушением и периодическим умеренным зудом.

Анамнез заболевания

В течение 10 лет страдает кожным заболеванием. Периодически в осенне-зимнее время площадь высыпаний увеличивается с захватом кожи туловища и волосистой части головы. Настоящее обострение связывает с перенесённой 3 недели назад ангиной.

Анамнез жизни

- * хронический гайморит;
- * хронический гастрит;
- * курит до 10 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

На коже волосистой части головы имеется большое количество желтовато-белого цвета чешуек; на коже туловища и конечностей обильная монотипная сыпь представленная папулами округлых очертаний размером 0,5-0,7 см в диаметре с периферическим венчиком ярко-розового цвета покрытые серебристо-белыми чешуйками в центральной части и бляшками, в области разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов, неправильных очертаний, четкими границами, шероховатой поверхностью покрытой серебристо-белыми чешуйками. При поскабливании папул шелушение усиливается, а после полного удаления чешуек с поверхности дальнейшим поскабливанием появляется тончайшая просвечивающаяся пленка, покрывающая весь элемент. Волосы тусклые, ломкие, ногтевые пластины кистей имеют точечные вдавления на поверхности, ногтевые пластины стоп не изменены.

Характерным признаком для постановки диагноза является наличие у пациента + _____ + сыпи

- полиморфной пятнисто-папулезной
- монотипной пятнистой
- полиморфной папуло-пустулезной
- монотипной папулезной

Для окончательного уточнения диагноза необходимо определить

- симптом Кебнера
- симптом «масляного пятна»
- гистологические изменения в кожном биоптате
- симптом «наперстка»

Какой диагноз можно поставить больному на основании результатов клиничко-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- симптом Кебнера
- симптом «масляного пятна»
- гистологические изменения в кожном биоптате
- симптом «наперстка»

Диагноз

Фактором, провоцирующим обострение, у данного пациента является

- ангина
- наличие хронического гастрита
- курение
- изменение погодных условий

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в

+ _____ + отделении

- терапевтическом
- аллергологическом
- дерматовенерологическом
- амбулаторном

Основной линией терапии вульгарного псориаза является

- Д'арсонваль
- фототерапия УФВ- лучами узкого спектра
- серо-водородные ванны
- иглорефлексотерапия

Наиболее эффективная длина волны при проведении УФВ терапии составляет

+ _____ + нм

- 311
- 400
- 302

- 320

К основному критерию эффективности проводимой терапии относят

- купирование островоспалительных явлений
- увеличение шелушения
- уменьшение выраженности зуда, экссудации
- отсутствие появления новых очагов поражения

В качестве местной терапии данному пациенту показано назначение мази

- гидрокортизон
- ацикловир
- белосалик
- тридерм

К возможным осложнениям заболевания у данного пациента относится

- формирование атрофии
- алопеция
- экссудация
- образование язв

При осмотре ногтей пациента с псориазом можно обнаружить симптом

- «пылинок»
- «яблочного желе»
- «напёрстка»
- «стеаринового пятна»

Препаратом с очень высокой степенью активности является

- «пылинок»
- «яблочного желе»
- «напёрстка»
- «стеаринового пятна»

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 22 лет обратился к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На высыпания на коже сгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом

Анамнез заболевания

С 5 месяцев отмечались периодические зудящие высыпания на коже конечностей. Заболевание имеет рецидивирующее течение с обострениями развивающимися преимущественно в зимнее время. Кроме того, отмечает ухудшение состояния кожи весной во время цветения березы. В это же время возникают отечность век, слезотечение, светобоязнь, зуд вокруг глаз, появляется ощущение заложенности носа, Отмечает обострения заболевания после употребления в пищу шоколада и цитрусовых. В летнее время высыпания полностью регрессируют. Зуд усиливается при повышенном потоотделении. Настоящее обострение связывает со стрессовыми ситуациями на работе

Анамнез жизни

- * Пациент работает курьером, питается нерегулярно.
- * Мать больного страдает бронхиальной астмой.
- * У ребенка пациента педиатром диагностирован экссудативный диатез из-за высыпаний на лице и конечностях.
- * Несколько раз в год у пациента возникают остиофолликулиты, фурункулы.
- * 2–3 раза в год у пациента возникают рецидивы конъюнктивита

Объективный статус

- * Поражение кожи хронического воспалительного характера.
- * Высыпания располагаются в локтевых и подколенных сгибах, занимая 4–5% площади поверхности тела.
- * Кожа пациента сухая. Высыпания представлены очагами эритемы и незначительно выраженной инфильтрации с нечеткими границами. Имеются множественные точечные эксфолиации. Кожа в очагах поражения лихенифицирована.
- * Кожа периорбитальной области гиперпигментирована.
- * Отмечается гиперлинеарность кожи ладоней и подошв.
- * Имеется дополнительная складка нижнего века
- * Дермографизм белый стойкий.
- * Субъективно – умеренный зуд.

С целью постановки диагноза необходимо у пациента

- «пылинок»
- «яблочного желе»
- «напёрстка»
- «стеаринового пятна»

Результаты обследования

Диагнозом в данной ситуации является

- «пылинок»
- «яблочного желе»
- «напёрстка»
- «стеаринового пятна»

Диагноз

Основным диагностическим критерием в анамнезе следует рассматривать

- наличие атопической бронхиальной астмы у матери
- рецидивирующий конъюнктивит
- белый дермографизм
- гиперпигментацию кожи периорбитальной области

К основным диагностическим критериям, выявленным у пациента, относится

- хроническое рецидивирующее течение болезни
- сезонность обострений (ухудшение в холодное время года)
- обострение процесса под влиянием провоцирующих факторов
- склонность к кожным инфекциям

Для выявления дополнительных диагностических критериев атопического дерматита необходимо определить

- уровень общего IgE в сыворотке крови
- экспрессию маркеров CD4 и CD8 лимфоцитами инфильтрата
- содержание клеток Сезари в периферической крови
- содержание лимфоцитов в периферической крови

В данной клинической ситуации для купирования обострения рекомендуется назначение

- метотрексата внутримышечно
- дупилумаба подкожно
- циклоспорина перорально
- пимекролимуса наружно

Рекомендовать прекратить наружное лечение пимекролимусом, если пациент будет

- принимать лекарственные препараты из группы анксиолитиков

- проводить пирсинг мочек ушей
- контактировать с больным зоонозной микроспорией
- посещать солярий

В случае невозможности наружной терапии пимекролимусом пациенту необходимо наносить на очаги поражения

- бацитрацин
- клотримазол
- алклометазон
- кальципотриол

При использовании топических глюкокортистероидов нежелательным явлением будет + _____ + в месте нанесения

- атрофия кожи
- изменение окраски кожи
- повышенная потливость
- повышение фоточувствительности

Препаратом выбора для противозудной терапии является

- эбастин
- хлоропирамин
- лоратадин
- цетиризин

Пимекролимус разрешен к использованию, начиная с возраста

- 1 месяца
- 3 месяцев
- 6 месяцев
- 2 лет

В случае развития вторичной пиодермии, больному атопическим дерматитом следует рекомендовать наносить на очаги поражения

- 1 месяца
- 3 месяцев
- 6 месяцев
- 2 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 20 лет обратился к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На высыпания на коже верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 6 месяцев. Все это время заболевание имеет рецидивирующее течение с обострениями преимущественно в зимнее время. Кроме того, отмечает ухудшение состояния кожи в весеннее время, когда цветет ольха. В это же время возникают отечность век, слезотечение, светобоязнь, зуд вокруг глаз, появляется ощущение заложенности носа. Отмечает обострения заболевания после употребления в пищу яиц, шоколада, цитрусовых. В последние несколько лет обострения становятся менее выраженными. В летнее время высыпания полностью регрессируют. Настоящее обострение связывает с эмоциональными переживаниями из-за конфликтов с друзьями

Анамнез жизни

- * Проживает в 3-комнатной квартире с отцом, матерью и братом.
- * Пациент учится в институте, питается нерегулярно.
- * Отец больного страдает атопической бронхиальной астмой.
- * Несколько раз в год у пациента возникают остиофолликулиты, фурункулы.
- * 2–4 раза в год у пациента возникают рецидивы простого герпеса
- * У пациента за последний месяц по результатам дважды проведенного биохимического анализе крови обнаружена гипопропротеинемия.

Объективный статус

- * Поражение кожи хронического воспалительного характера.
- * Высыпания располагаются в локтевых и подколенных сгибах, занимая 2–3% поверхности тела.
- * Кожа пациента сухая. Высыпания представлены очагами эритемы и незначительно выраженной инфильтрации с нечеткими границами. Имеются единичные эксфолиации. Кожа в очагах поражения лихенифицирована.
- * В периорбитальной области кожа гиперпигментирована.
- * Отмечается гиперлинеарность кожи ладоней и подошв.
- * Имеется дополнительная складка нижнего века
- * Дермографизм белый стойкий.
- * Субъективно – умеренный зуд.

Для установления диагноза в данной ситуации необходимо

- 1 месяца
- 3 месяцев
- 6 месяцев
- 2 лет

Результаты обследования

В данной клинической ситуации выставляется диагноз

- 1 месяца
- 3 месяцев
- 6 месяцев
- 2 лет

Диагноз

К дополнительным диагностическим критериям атопического дерматита относится

- уровень IgE в сыворотке крови
- антитела к вирусу простого герпеса в сыворотке крови
- экспрессия маркеров CD3 и CD4 лимфоцитами в инфильтрате
- содержание эозинофилов в дермальном инфильтрате

К основным диагностическим критериям заболевания относят

- гиперпигментацию кожи периорбитальной области, склонность к кожным инфекциям
- обострение процесса под влиянием провоцирующих факторов, зуд
- белый дермографизм, складку Денье-Моргана
- наличие атопических заболеваний у пациента или его родственников, начало заболевания в раннем детском возрасте

К основным диагностическим критериям атопического дерматита, выявленным у пациента, относится

- сезонность обострений
- кожный зуд
- склонность к кожным инфекциям
- сухость кожи

Одним из основных диагностических критериев, выявленных у пациента, является

- гиперлинеарность ладоней и подошв

- лихенификация и расчесы в области сгибабельной поверхности конечностей
- дополнительная складка нижнего века
- гиперпигментация кожи периорбитальной области

Дополнительным диагностическим критерием атопического дерматита является

- иммунофлуоресцентное свечение IgE вдоль базальной мембраны эпидермиса
- повышенное содержание IgE в сыворотке крови
- повышенное содержание лимфоцитов в периферической крови
- наличие лимфоцитарного инфильтрата в коже

Пациенту в данной клинической ситуации необходимо назначение

- преднизолона
- узкополосной фототерапии
- дупилумаба подкожно
- циклоспорина перорально

Для устранения зуда пациенту следует назначить перорально

- барицитиниб
- ранитидин
- клемастин
- преднизолон

В случае категорического отказа пациента от терапии кортикостероидными препаратами ему следует назначить

- пимекролимус
- кальципотриол
- мупироцин
- клобетазол

Топические ингибиторы кальциневрина можно использовать

- при одновременном назначении узкополосной фототерапии
- под окклюзионную повязку
- в случае развития вторичной пиодермии в очагах поражения
- в случае локализации поражения кожи в складках кожи

С целью более благоприятного течения атопического дерматита следует рекомендовать

- при одновременном назначении узкополосной фототерапии
- под окклюзионную повязку
- в случае развития вторичной пиодермии в очагах поражения
- в случае локализации поражения кожи в складках кожи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет обратился к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На высыпания на коже головы, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся выраженным зудом

Анамнез заболевания

Заболел в возрасте 1 года. Все это время заболевание имеет рецидивирующее течение. Обострения развиваются преимущественно в зимнее время. Кроме того, отмечает ухудшение состояния кожи в весеннее время, когда цветет береза. В это же время появляется ощущение заложенности носа. Отмечает обострения заболевания после употребления в пищу шоколада, яиц, цитрусовых.

Анамнез жизни

- * Проживает в 2-комнатной квартире с женой и сыном. В квартире содержит кошку.
- * Отец больного страдает сахарным диабетом и обыкновенный псориазом.
- * Мать больного страдает бронхиальной астмой и анкилозирующим спондилитом.
- * 6 лет назад оториноларинголог диагностировал аллергический ринит.
- * 7 лет назад у пациента был диагностирован хронический гломерулонефрит. Заболевание сопровождается повышенным уровнем креатинина в крови. Последняя консультация нефролога – 2 недели назад: хронический гломерулонефрит в стадии компенсации.
- * Периодически отмечается повышенный уровень глюкозы в сыворотке крови.
- * 2–4 раза в год у пациента возникают рецидивы простого герпеса
- * У пациента в последний месяц дважды при проведенном биохимическом анализе крови обнаружены гиперхолестеринемия и гипопротеинемия, повышенный уровень креатинина в крови и пониженный уровень ферритина в крови.
- * У пациента ожирение 2 степени.

Объективный статус

- * Поражение кожи хронического воспалительного характера.
- * Высыпания располагаются на коже лица, шеи, туловища, конечностей, преимущественно в локтевых и подколенных сгибах.
- * Кожа пациента сухая. Высыпания представлены обширными очагами эритемы и инфильтрации с нечеткими границами, полушаровидными округлыми папулами розовато-красного цвета, диаметром около 0,5 см, плотной консистенции. В очагах поражения имеются множественные эскориации. Кожа в очагах поражения, особенно в локтевых и подколенных сгибах лихенифицирована. Кожа периорбитальной области гиперпигментирована. Отмечается гиперлинеарность кожи ладоней и подошв. У пациента имеется дополнительная складка верхнего века.
- * Дермографизм белый стойкий.
- * Субъективно – выраженный зуд.

Для определения диагностического критерия заболевания необходимо выполнить

- при одновременном назначении узкополосной фототерапии
- под окклюзионную повязку
- в случае развития вторичной пиодермии в очагах поражения
- в случае локализации поражения кожи в складках кожи

Результаты лабораторного исследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- при одновременном назначении узкополосной фототерапии
- под окклюзионную повязку
- в случае развития вторичной пиодермии в очагах поражения
- в случае локализации поражения кожи в складках кожи

Диагноз

Для выявления дополнительного диагностического критерия атопического дерматита необходимо определить симптом

- Денни-Моргана
- Унны-Дарье
- Бенье-Мещерского
- Асбо-Хансена

Основным диагностическим критерием атопического дерматита, выявленным при сборе семейного анамнеза пациента, является

- бронхиальная астма у матери
- анкилозирующий спондилит у матери
- сахарный диабет у отца
- обыкновенный псориаз у отца

Для установления диагноза атопического дерматита обязательным является наличие + _____ + дополнительных диагностических критериев

- трех основных и не менее трех
- четырех основных и не менее шести
- двух основных и не менее пяти
- двух основных и не менее четырех

Базисной терапией атопического дерматита является регулярное использование

- увлажняющих и смягчающих средств
- топических ингибиторов кальциневрина
- топических глюкокортикостероидов
- фототерапии

Если пациент отказывается от использования топических кортикостероидов, в качестве наружной терапии следует рекомендовать

- бетаметазон
- алклометазон
- метронидазол
- такролимус

Преимуществом топических ингибиторов кальциневрина перед топическими кортикостероидами является

- отсутствие выраженных нежелательных явлений
- возможность сочетания с ультрафиолетовой терапией
- отсутствие неприятного запаха
- возможность длительного нанесения на кожу лица

При выраженном зуде рекомендуются внутримышечные инъекции

- мебгидролина

- клемастина
- лоратадина
- сехифенадина

Назначить циклоспорин для лечения пациента не позволяет

- периодически повышающийся уровень глюкозы в крови
- повышенный уровень креатинина в крови
- пониженный уровень ферритина в крови
- гипопроотеинемия

Для терапии зуда препаратом выбора будет антигистаминный препарат I поколения

- терфенадин
- клемастин
- лоратадин
- цетиризин

Основной рекомендацией для улучшения течения атопического дерматита будет являться нормализация

- терфенадин
- клемастин
- лоратадин
- цетиризин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 32 лет, воспитатель в детском саду, обратилась к дерматологу в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На периодические высыпания на коже кистей, сопровождающиеся частым интенсивным зудом и выраженным жжением.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течении года, когда впервые после устройства на работу и периодического контакта с чистящими средствами стала отмечать появление высыпаний на коже кистей в виде пузырьков, сопровождающиеся интенсивным зудом, жжением, мокнутием и формированием болезненных трещин на сгибах пальцев.

Анамнез жизни

1. не курит, алкоголем не злоупотребляет
2. профессиональных вредностей не имеет
3. аллергическая реакция на шоколад

Объективный статус

При осмотре: высыпания симметрично локализуются на коже обеих кистей и представлены очагами эритемы с нечеткими границами и участками неизменной кожи по типу «архипелага островов», на фоне которой отмечаются везикулы, точечные эрозии сопровождающиеся мокнутием и серозные корочки.

Субъективно: интенсивный зуд, чувство жжения.

Необходимым для уточнения диагноза лабораторным методом обследования будет

- терфенадин
- клемастин
- лоратадин
- цетиризин

Результаты обследования

Для уточнения диагноза рекомендуется проведение

- терфенадин
- клемастин
- лоратадин
- цетиризин

Результаты обследования

В гистологическом заключении: спонгиоз, большое количество мелких пузырьков в эпидермисе; внутриклеточный отек в клетках шиповатого слоя; в дерме – расширение сосудов поверхностной сосудистой сети, отёк сосочков и лимфоидно-клеточная инфильтрация вокруг сосудов подтверждает диагноз

- микоз
- экзема
- псориаз
- кератодермия

На основании полученных клинико-лабораторных данных можно поставить диагноз

- микоз
- экзема
- псориаз
- кератодермия

Диагноз

Системная терапия должна включать

- хлоропирамин 25 мг 3 раза в день
- цефтриаксон 1,0 г 1 р/сут
- метронидазол 0,5 г 3 раз в сутки
- дексаметазон 0,008 мг (1,0 мл) в сутки

При невозможности адекватно контролировать зуд назначают антигистаминный препарат I поколения + _____+, обладающий седативным эффектом

- дезлоратадин
- дифенгидрамин
- акривастин
- цетиризин

При тилотической экземе, сопровождающейся выраженной инфильтрацией, необходимо назначить

- кларитромицин 500-1000 мг перорально
- офлоксацин 200 мг перорально 2 раза в сутки
- гентамицин 3мг/кг в сутки внутримышечно
- ацитретин 10-25 мг сутки

Противовоспалительные средства для местного применения используют в виде + _____+ для оказания вяжущего действия

- припарок
- примочек
- плёнок
- паст

К критериям прекращения антигистаминной терапии относят

- применение более 7 дней
- уменьшение зуда
- регресс высыпаний

- уменьшение мокнутия

В качестве наружной терапии данному пациенту показано назначение
+ _____ + крема/мази

- ацикловира
- алклометазона дипропионат
- салициловой
- клиндомицина

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- импетиго
- вульгарными угрями
- простым герпесом
- токсидермией

Основным этиологическим механизмом заболевания является

- импетиго
- вульгарными угрями
- простым герпесом
- токсидермией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 66 лет обратилась на прием дерматовенеролога

Жалобы

На появление болезненности и неприятных ощущений в области пятна на коже в области позвоночника, чуть ниже подлопаточной линии, ранее уже лечилась у дерматолога, но эпизодически

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 20 лет, когда впервые без видимых причин отметил появление белого пятна в области грудного отдела позвоночника. Ранее применяла кортикостероидные мази, однако последние годы не лечилась, однако в последнее время отметила некоторое увеличение очага в размерах, изменение его поверхности и появление болезненности и неприятных ощущений. Обратилась для лечения

Анамнез жизни

* Страдает ИБС. Стенокардия напряжения. Гипертонической болезнью II Б

стадии (Получает кордафлекс, эналаприл). Хр. цистит

* Не курит, алкоголь не употребляет

* Пенсионерка

* В анамнезе хроническая крапивница

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 76 кг, рост 157 см. Температура тела 36.7⁰С. Дыхание в легких везикулярное. Хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные. АД 150 и 90 мм рт.ст. Пульс 66 уд в 1 минут. Живот мягкий безболезненный. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание регулярное безболезненное.

Сыпь необильная. На коже грудного отдела позвоночника очаг округло-овальных очертаний 5х6 см, белесого цвета, с четкими границами, кожа в очаге плотновата, поверхность представляется истонченной, напоминает папиросную бумагу, по середине очага плоский пузырь неправильных очертаний с прозрачным желтоватым содержимым. Покрышка пузыря пальпируется достаточно плотной, жестковатой. Субъективно: болезненность, жжение при прикосновении застезжки белья.

К специфическим лабораторным методам обследования относят

- импетиго
- вульгарными угрями
- простым герпесом
- токсидермией

Результаты обследования

Больную необходимо проконсультировать с

- импетиго
- вульгарными угрями
- простым герпесом
- токсидермией

Результаты обследования

Обязательными лабораторными методами обследования для больной являются

- импетиго
- вульгарными угрями
- простым герпесом
- токсидермией

Результаты лабораторных обследований

Заболеваниями, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз, являются

- токсидермия, экзема
- келлоидные рубцы, гипертрофические рубцы, рубцовая алопеция, системная склеродермия
- красный плоский лишай, красный волосяной лишай
- мелкобляшечный парапсориаз, крупнобляшечный парапсориаз

На основании результатов клинко-лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно поставить следующий диагноз

- токсидермия, экзема
- келлоидные рубцы, гипертрофические рубцы, рубцовая алопеция, системная склеродермия
- красный плоский лишай, красный волосяной лишай
- мелкобляшечный парапсориаз, крупнобляшечный парапсориаз

Диагноз

Основными целями лечения локализованной склеродермии являются

- полное клиническое излечение, предотвращение развития системности
- остановить прогрессирование заболевания, улучшить качество жизни
- полное клиническое излечение, восстановление чувствительности
- возобновление роста волос, улучшение качества жизни

Лечение очаговой склеродермии у данной больной подразумевает назначение

- повторных курсов антибиотиков пенициллинового ряда (амоксициллин с клавулановой кислотой 1.0 x 2 раза в день 2 недели);
вазоактивные препараты (пентоксифиллин 0.4 x 1-2 раза в день 1-2 мес.) – повторные курсы
- секукиномаба 1 г в/в каждые 3 недели
- сульфаниламидных препаратов
- внутривенное введение иммуноглобулина 2 г/кг/месяц;
топических глюкокортикостероидных препаратов

Немедикаментозная терапия для больной 66 лет, улучшающая окислительно-воспалительные процессы в тканях при проведении повторных курсов состоит из

- УВЧ №10-15, системной озонотерапии №5-10
- гипербарической оксигенации №10-12, низкоинтенсивной лазеротерапии №10-15
- токи Д'Арсонваля №10-15, низкоинтенсивной лазеротерапии №10-15
- УФО №10-15, низкоинтенсивной лазеротерапии №10-15

Основным вазоактивным препаратом, рекомендуемым при очаговой склеродермии, является

- анавенол 2 драже 3 раза в сутки
- пентоксифиллин 0.4 x 1-2 раза в день 1-2 мес.
- эсцин по 12–15 капель 3 раза в день
- антистакс по 2 капс. 1 раз в день в течение 4нед.

Основными препаратами местного действия для больной с бляшечной склеродермией будут

- эмоленты
- топические ангиопротекторы
- топические стероиды
- топические ретиноиды

Кратность нанесения топических стероидов нашей больной со склеродермией составляет

- не менее 1 раз в день 4-12 недель
- 1 раз в неделю
- по мере необходимости
- 1-2 раза в неделю

В качестве иммуносупрессивной терапии при быстро прогрессирующей и торпидной очаговой склеродермии (фасциит Шульмана, диффузная склеродермия, пансклеротическая форма и др.) можно применить

- не менее 1 раз в день 4-12 недель
- 1 раз в неделю
- по мере необходимости
- 1-2 раза в неделю

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 22 лет обратился к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На высыпания на коже сгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом

Анамнез заболевания

С 5 месяцев отмечались периодические зудящие высыпания на коже конечностей. Заболевание имеет рецидивирующее течение с обострениями развивающимися преимущественно в зимнее время. Кроме того, отмечает ухудшение состояния кожи весной во время цветения березы. В это же время возникают отечность век, слезотечение, светобоязнь, зуд вокруг глаз, появляется ощущение заложенности носа, Отмечает обострения заболевания после употребления в пищу шоколада и цитрусовых. В летнее время высыпания полностью регрессируют. Зуд усиливается при повышенном потоотделении. Настоящее обострение связывает со стрессовыми ситуациями на работе

Анамнез жизни

- * Пациент работает курьером, питается нерегулярно.
- * Мать больного страдает бронхиальной астмой.
- * У ребенка пациента педиатром диагностирован экссудативный диатез из-за высыпаний на лице и конечностях.
- * Несколько раз в год у пациента возникают остиофолликулиты, фурункулы.
- * 2–3 раза в год у пациента возникают рецидивы конъюнктивита

Объективный статус

- * Поражение кожи хронического воспалительного характера.
- * Высыпания располагаются в локтевых и подколенных сгибах, занимая 4–5% площади поверхности тела.
- * Кожа пациента сухая. Высыпания представлены очагами эритемы и незначительно выраженной инфильтрации с нечеткими границами. Имеются множественные точечные эксфолиации. Кожа в очагах поражения лихенифицирована.
- * Кожа периорбитальной области гиперпигментирована.
- * Отмечается гиперлинеарность кожи ладоней и подошв.
- * Имеется дополнительная складка нижнего века
- * Дермографизм белый стойкий.
- * Субъективно – умеренный зуд.

С целью постановки диагноза необходимо выявить у пациента

- не менее 1 раз в день 4-12 недель
- 1 раз в неделю
- по мере необходимости
- 1-2 раза в неделю

Результаты обследования

Диагнозом в данной ситуации является

- не менее 1 раз в день 4-12 недель
- 1 раз в неделю
- по мере необходимости
- 1-2 раза в неделю

Диагноз

Основным диагностическим критерием в анамнезе следует рассматривать

- наличие атопической бронхиальной астмы у матери
- белый дермографизм
- рецидивирующий конъюнктивит
- гиперпигментацию кожи периорбитальной области

К основным диагностическим критериям, выявленным у пациента, относится

- сезонность обострений (ухудшение в холодное время года)
- склонность к кожным инфекциям
- хроническое рецидивирующее течение болезни
- обострение процесса под влиянием провоцирующих факторов

Для выявления дополнительных диагностических критериев атопического дерматита необходимо определить содержание + _____ + в периферической крови

- клеток Сезари
- эозинофилов
- лимфоцитов
- IgE

В данной клинической ситуации для купирования обострения рекомендуется назначение

- пимекролимуса наружно
- циклоспорина перорально
- метотрексата внутримышечно
- дупилумаба подкожно

Необходимо рекомендовать прекратить наружное лечение пимекролимусом, если пациент будет

- посещать солярий
- принимать лекарственные препараты из группы анксиолитиков
- контактировать с больным зоонозной микроспорией
- проводить пирсинг мочек ушей

В случае невозможности наружной терапии пимекролимусом пациенту необходимо наносить на очаги поражения

- клотримазол
- алклометазон
- кальципотриол
- бацитрацин

При использовании топических глюкокортикостероидов нежелательным явлением будет + _____ + в месте нанесения

- атрофия кожи
- изменение окраски кожи
- повышенная потливость
- фоточувствительность

Препаратом выбора для противозудной терапии является

- дезлоратадин
- хлоропирамин
- эбастин
- рупатадин

Пимекролимус разрешен к использованию, начиная с возраста

- 6 месяцев
- 1 месяца
- 3 месяцев
- 2 лет

В случае развития вторичной пиодермии следует рекомендовать наносить на очаги поражения

- 6 месяцев
- 1 месяца
- 3 месяцев
- 2 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 20 лет обратился к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На высыпания на коже верхних и нижних конечностей, преимущественно в локтевых и подколенных сгибах, сопровождающиеся умеренным зудом

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 6 месяцев. Все это время заболевание имеет рецидивирующее течение с обострениями преимущественно в зимнее время. Кроме того, отмечает ухудшение состояния кожи в весеннее время, когда цветет ольха. В это же время возникают отечность век, слезотечение, светобоязнь, зуд вокруг глаз, появляется ощущение заложенности носа. Отмечает обострения заболевания после употребления в пищу яиц, шоколада, цитрусовых. В последние несколько лет обострения становятся менее выраженными. В летнее время высыпания полностью регрессируют. Настоящее обострение связывает с эмоциональными переживаниями из-за конфликтов с друзьями

Анамнез жизни

- * Проживает в 3-комнатной квартире с отцом, матерью и братом.
- * Пациент учится в институте, питается нерегулярно.
- * Отец больного страдает атопической бронхиальной астмой.
- * Несколько раз в год у пациента возникают остиофолликулиты, фурункулы.
- * 2–4 раза в год у пациента возникают рецидивы простого герпеса
- * У пациента за последний месяц по результатам дважды проведенного биохимического анализе крови обнаружена гипопропротеинемия.
- * 1 год назад пациент проходил диспансеризацию, во время которой у него были выявлены ожирение, ониходистрофию, кератоконус и лейкодерму.

Объективный статус

- * Поражение кожи хронического воспалительного характера.
- * Высыпания располагаются в локтевых и подколенных сгибах, занимая 2–3% поверхности тела.
- * Кожа пациента сухая. Высыпания представлены очагами эритемы и незначительно выраженной инфильтрации с нечеткими границами. Имеются единичные эксфолиации. Кожа в очагах поражения лихенифицирована.
- * В периорбитальной области кожа гиперпигментирована.
- * Отмечается гиперлинеарность кожи ладоней и подошв.
- * Имеется дополнительная складка нижнего века
- * Дермографизм белый стойкий.
- * Субъективно – умеренный зуд.

Для установления диагноза в данной ситуации необходимо

- 6 месяцев
- 1 месяца
- 3 месяцев
- 2 лет

Результаты обследования

На основании наиболее значимых диагностических критериев в данной клинической ситуации выставляется диагноз

- 6 месяцев
- 1 месяца
- 3 месяцев
- 2 лет

Диагноз

К дополнительным диагностическим критериям атопического дерматита относятся

- антитела к вирусу простого герпеса в сыворотке крови
- содержание эозинофилов в дермальном инфильтрате
- уровень IgE в сыворотке крови
- экспрессия маркеров CD3 и CD4 лимфоцитами в инфильтрате

Основными диагностическими критериями заболевания являются

- белый дермографизм, складка Денье-Моргана
- наличие атопических заболеваний у пациента или его родственников, начало заболевания в раннем детском возрасте
- обострение процесса под влиянием провоцирующих факторов, зуд
- гиперпигментация кожи периорбитальной области, склонность к кожным инфекциям

К основным диагностическим критериям атопического дерматита, выявленным у пациента, относится

- сезонность обострений
- сухость кожи
- склонность к кожным инфекциям
- кожный зуд

Одним из основных диагностических критериев, выявленных у пациента, является

- гиперпигментация кожи периорбитальной области
- гиперлинеарность ладоней и подошв
- лихенификация и расчесы в области сгибаемой поверхности конечностей
- дополнительная складка нижнего века

Выявленным у пациента в результате проведенной диспансеризации дополнительным диагностическим критерием является

- ониходистрофия
- лейкодерма
- кератоконус
- ожирение

Пациенту в данной клинической ситуации необходимо назначение

- узкополосной фототерапии
- дупилумаба подкожно
- циклоспорина перорально
- мометазона наружно

Для устранения зуда пациенту следует назначить

- клемастин
- амитриптилин
- метотрексат
- циклоспорин

В случае категорического отказа пациента от терапии кортикостероидными препаратами ему следует назначить

- клобетазол
- кальципотриол
- пимекролимус
- мупироцин

Топические ингибиторы кальциневрина можно использовать

- в случае локализации поражения кожи в складках кожи
- в случае развития вторичной пиодермии в очагах поражения
- под окклюзионную повязку
- при одновременном назначении узкополосной фототерапии

С целью более благоприятного течения атопического дерматита следует рекомендовать

- в случае локализации поражения кожи в складках кожи
- в случае развития вторичной пиодермии в очагах поражения
- под окклюзионную повязку
- при одновременном назначении узкополосной фототерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет обратился к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На высыпания на коже головы, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся выраженным зудом

Анамнез заболевания

Заболел в возрасте 1 года. Все это время заболевание имеет рецидивирующее течение. Обострения развиваются преимущественно в зимнее время. Кроме того, отмечает ухудшение состояния кожи в весеннее время, когда цветет береза. В это же время появляется ощущение заложенности носа. Отмечает обострения заболевания после употребления в пищу шоколада, яиц, цитрусовых

Анамнез жизни

- * Проживает в 2-комнатной квартире с женой и сыном. В квартире содержит кошку.
- * Мать больного страдает бронхиальной астмой.
- * 6 лет назад оториноларинголог диагностировал аллергический ринит.
- * 7 лет назад у пациента был диагностирован хронический гломерулонефрит. Заболевание сопровождается повышенным уровнем креатинина в крови. Последняя консультация нефролога – 2 недели назад: хронический гломерулонефрит в стадии компенсации.
- * Периодически отмечается повышенный уровень глюкозы в сыворотке крови.
- * 2–4 раза в год у пациента возникают рецидивы простого герпеса
- * У пациента в последний месяц дважды при проведенном биохимическом анализе крови обнаружены гиперхолестеринемия и гипопропротеинемия.
- * У пациента ожирение 2 степени.
- * На протяжении нескольких лет пациент отмечает побеление пальцев рук на морозе.
- * С детства пациент отмечает повышенное потоотделение.

Объективный статус

- * Поражение кожи хронического воспалительного характера.
- * Сыпь обильная, локализована на коже лица, шеи, туловища, конечностей, преимущественно в локтевых и подколенных сгибах.
- * Высыпания представлены обширными очагами эритемы и инфильтрации с нечеткими границами, полушаровидными округлыми папулами розовато-красного цвета, диаметром около 0,5 см, плотной консистенции. В очагах поражения имеются множественные эскориации. Кожа в очагах поражения, особенно в локтевых и подколенных сгибах лихенифицирована. Кожа периорбитальной области гиперпигментирована. Отмечается гиперлинеарность кожи ладоней. Кожа пациента сухая.
- * Дермографизм белый стойкий.
- * Изменены ногтевые пластины по типу «полированных» ногтей.
- * Субъективно – выраженный зуд.

Исследованием, подтверждающим диагноз, является

- в случае локализации поражения кожи в складках кожи
- в случае развития вторичной пиодермии в очагах поражения
- под окклюзионную повязку
- при одновременном назначении узкополосной фототерапии

Результаты лабораторных методов исследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- в случае локализации поражения кожи в складках кожи
- в случае развития вторичной пиодермии в очагах поражения
- под окклюзионную повязку
- при одновременном назначении узкополосной фототерапии

Диагноз

Для выявления дополнительного диагностического критерия атопического дерматита необходимо определить

- симптом Дарье-Унны
- число LE-клеток в крови
- характер дермографизма
- содержание креатинина в крови

Дополнительным диагностическим критерием, выявленным у пациента, является

- гиперлинеарность кожи ладоней
- повышенное потоотделение
- побеление пальцев рук на холоде
- «полированные» ногти на руках

Для установления диагноза «Атопический дерматит» обязательным является наличие + _____ + диагностических критериев

- трех основных и не менее трех дополнительных
- четырех основных и не менее шести дополнительных
- двух основных и не менее четырех дополнительных
- двух основных и не менее пяти дополнительных

Базисной терапией атопического дерматита является регулярное использование

- топических глюкокортикостероидов
- увлажняющих и смягчающих средств
- фототерапии
- топических ингибиторов кальциневрина

В ситуации отказа пациента от использования топических кортикостероидов, в качестве наружной терапии следует рекомендовать

- такролимус
- метронидазол
- бетаметазон
- алклометазон

Основным преимуществом топических ингибиторов кальциневрина перед топическими кортикостероидами является

- отсутствие неприятного запаха
- отсутствие выраженных нежелательных явлений
- возможность длительного нанесения на кожу лица
- возможность сочетания с ультрафиолетовой терапией

При выраженном зуде рекомендуются внутримышечные инъекции

- сехифенадина
- мебгидролина
- клемастина
- лоратадина

Назначить циклоспорин для лечения данного пациента не позволяет

- гипопропротеинемия
- периодически повышающийся уровень глюкозы в крови
- повышенный уровень холестерина в крови
- повышенный уровень креатинина в крови

Для терапии зуда препаратом выбора будет

- метотрексат
- дапсон
- хлоропирамин
- азатиоприн

Основной рекомендацией для улучшения течения атопического дерматита будет являться нормализация

- метотрексат
- дапсон
- хлоропирамин
- азатиоприн

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 57 лет на приеме дерматовенеролога.

Жалобы

На появление болезненного пятна розового цвета в области живота справа и неприятных ощущений в области пятна на коже в области позвоночника, чуть ниже подлопаточной линии, ранее уже лечилась у дерматолога, но эпизодически

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 20 лет, когда впервые без видимых причин отметила появление белого пятна в области грудного отдела позвоночника. Ранее применяла кортикостероидные мази, последние 3 года не лечилась. В последнее время отметила некоторое увеличение старого очага в размерах, изменение его поверхности, появление болезненности и неприятных ощущений, а также появление нового очага на коже живота. Обратилась для лечения.

Анамнез жизни

* Страдает ИБС. Стенокардия напряжения. Гипертонической болезнью II Б стадии (Получает кордафлекс, эналаприл). Хр. цистит

- * Курит до 10 сигарет в день, алкоголь не употребляет
- * Пенсионерка
- * В анамнезе хроническая крапивница

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 82 кг, рост 157 см. Температура тела 36.7⁰С. Дыхание в легких везикулярное. Хрипов нет. Чдд 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные. АД 150 и 90 мм рт. ст. Пульс 66 уд. в 1 минут. Живот мягкий безболезненный. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание регулярное безболезненное.

Сыпь необильная. На коже грудного отдела позвоночника очаг округло-овальных очертаний 5х6 см, цвета слоновой кости, с четкими границами, кожа в очаге плотновата, в складку не собирается, поверхность представляется истонченной, напоминает папиросную бумагу, по середине очага плоский пузырь неправильных очертаний с прозрачным желтоватым содержимым. Покрышка пузыря пальпируется достаточно плотной, жестковатой. На коже живота справа эритематозный очаг овальных очертаний с четкими границами 3х7 см. болезненный при пальпации.

Субъективно: болезненность, жжение при прикосновении застежки белья.

К специфическим лабораторным методам обследования относят

- метотрексат
- дапсон
- хлоропирамин
- азатиоприн

Результаты лабораторного метода обследования

Больную необходимо проконсультировать с

- метотрексат
- дапсон
- хлоропирамин
- азатиоприн

Результаты обследования

Обязательными лабораторными обследованиями для больной являются

- метотрексат
- дапсон
- хлоропирамин
- азатиоприн

Результаты лабораторных методов обследования

Заболеваниями, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз, являются

- мелкобляшечный парапсориаз, крупнобляшечный парапсориаз
- келлоидные рубцы, гипертрофические рубцы, рубцовая алопеция, системная склеродермия
- токсидермия, экзема
- красный плоский лишай, красный волосяной лишай

Диагнозом, который можно поставить больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, является

- мелкобляшечный парапсориаз, крупнобляшечный парапсориаз
- келлоидные рубцы, гипертрофические рубцы, рубцовая алопеция, системная склеродермия
- токсидермия, экзема
- красный плоский лишай, красный волосяной лишай

Диагноз

Локализованная склеродермия это

- хроническое заболевание соединительной ткани, характеризующееся появлением на различных участках тела очагов локального воспаления (эритемы, отёка) с последующим формированием в них склероза и/или атрофии кожи и подлежащих тканей
- хроническое заболевание соединительной ткани, характеризующееся появлением на различных участках тела очагов локального воспаления (эритемы, отёка) с последующим регрессом высыпаний и полным восстановлением кожных покровов
- островоспалительное заболевание соединительной ткани, характеризующееся появлением на различных участках тела очагов локального воспаления (эритемы, отёка) с последующим формированием в них склероза и/или атрофии кожи и подлежащих тканей
- острое заболевание соединительной ткани, характеризующееся появлением на различных участках тела очагов локального воспаления (эритемы, отёка) с последующим регрессом высыпаний и полным восстановлением кожных покровов

Лечение очаговой склеродермии у данной больной подразумевает назначение

- сульфаниламидных препаратов
- повторных курсов антибиотиков пенициллинового ряда (амоксициллин с клавулановой кислотой 1.0 x 2 раза в день 2 недели); вазоактивных препаратов (пентоксифиллин 0.4 x 1-2 раза в день 1-2 мес.) – повторные курсы
- секукиномаба 1 г в/в каждые 3 недели
- внутривенного введения иммуноглобулина 2 г/кг/месяц, топических глюкокортикостероидных препаратов

В патогенезе заболевания основную роль отводят

+ _____ + , повышенному синтезу и отложению в коже и подкожной клетчатке коллагена и других компонентов соединительной ткани, микроциркуляторным расстройствам

- вирусному агенту
- инфекционному агенту
- аллергическим реакциям
- аутоиммунным нарушениям

Основным вазоактивным препаратом, рекомендуемым при очаговой склеродермии, является

- антистакс по 2 капс. 1 раз в день в течение 4 недель
- эсцин по 12–15 капель 3 раза в день
- пентоксифиллин 0.4 x 1-2 раза в день 1-2 мес.
- анавенол 2 драже 3 раза в сутки

Основными препаратами местного действия для больной с бляшечной склеродермией будут

- топические ангиопротекторы
- топические стероиды
- эмоленты
- топические ретиноиды

В период индурации оптимальным физиотерапевтическим методом лечения является назначение

- токов д'Арсонваля
- иглорефлексотерапии
- ПУВА-терапии
- фонофореза гиалуронидазы

Разновидностями ограниченной склеродермии являются

- токов д'Арсонваля
- иглорефлексотерапии
- ПУВА-терапии
- фонофореза гиалуронидазы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 28 лет, обратилась к врачу-дерматовенерологу в связи с обострением заболевания кожи

Жалобы

На высыпания на коже ладоней и подошв, сопровождающиеся умеренным зудом

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 7 лет. Высыпания сначала появились на обеих кистях, через 2 недели – на подошвах. Заболевание приобрело хроническое рецидивирующее течение с обострениями 2-3 раза в год. Настоящее обострение возникло 3 дня назад.

Анамнез жизни

- * Проживает в 3-комнатной квартире с мужем и двумя детьми.
- * У пациентки отмечались аллергические реакции на апельсины.
- * Ни у кого из родственников заболеваний кожи нет

Объективный статус

- * Поражение кожи хронического воспалительного характера симметрично локализуется на коже ладоней, подошв и боковых поверхностей пальцев кистей и стоп.
- * Высыпаниями представлены группирующимися пузырьками с плотной покрышкой, прозрачным и мутным содержимым, а также единичными пустулами, располагающимися на фоне эритемы с нечеткими границами и инфильтрацией. Отдельные пузырьки, просвечивая сквозь эпидермис, напоминают зерна сваренного риса. Имеются эрозии полициклических очертаний с ярко-красным дном, обрывками эпидермиса по периферии. В пределах инфильтрированных очагов поражения имеются трещины. На ладонях и подошвах выражен кожный рисунок. Высыпания сопровождаются мокнутием.
- * Субъективно – выраженный зуд.

В данной ситуации для дифференциальной диагностики следует провести

- токов д'Арсонваля

- иглорефлексотерапии
- ПУВА-терапии
- фонофореза гиалуронидазы

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- токов д'Арсонваля
- иглорефлексотерапии
- ПУВА-терапии
- фонофореза гиалуронидазы

Диагноз

Клиническим признаком, позволяющим отличить экзему от дерматомикоза, является

- наличие пузырьков на боковых поверхностях пальцев рук
- сгруппированность пузырьков
- нечеткость границ эритемы
- поражение подошв

При патолого-анатомическом исследовании биопсийного материала кожи можно выявить

- микроабсцессы Потрие
- спонгиоз
- полости в эпидермисе, содержащие акантолитические клетки
- выраженный нейтрофильный инфильтрат в дерме

В стадию мокнутия пациентке в качестве наружной терапии следует рекомендовать лекарственные средства в форме

- мази
- порошка
- примочки
- пасты

После прекращения мокнутия для наружной терапии пациентки следует рекомендовать

- бетаметазон
- метронидазол

- натамицин
- такролимус

Для лекарственной терапии пациентки следует рекомендовать

- иммунодепрессанты
- антиметаболиты
- ретиноиды
- антигистаминные препараты

Наиболее эффективным антигистаминным препаратом 1 поколения для устранения зуда является

- цетиризин
- фексофенадин
- клемастин
- дезлоратадин

В случае выбора цетиризина в качестве антигистаминного препарата назначают дозу + _____ + мг 1 раз в сутки

- 25
- 15
- 10
- 50

Для терапии зуда усиливающегося в ночное время, пациентке можно рекомендовать антигистаминный препарат + _____ +, который можно вводить парентерально

- лоратадин
- гидроксизин
- клемастин
- мебгидролин

Фототерапию при экземе назначают в случае

- острой стадии мокнутия
- отсутствия мокнутия
- неэффективности мазевой терапии
- наличия пустул

В целях профилактики рецидивов больной дисгидротической экземой следует рекомендовать

- острой стадии мокнутия
- отсутствие мокнутия
- неэффективности мазевой терапии
- наличия пустул

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 63 лет обратился к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На высыпания на коже кистей, сопровождающиеся жжением в очагах поражения

Анамнез заболевания

Поражение кожи появилось 4 часа назад, сразу после того как при работе со старым автомобильным аккумулятором на кисти пациенту брызнула концентрированная кислота. Пациенту сразу промыли руки водой, дали по 1 таблетке антигистаминного препарата и активированного угля, сделали перевязку

Анамнез жизни

- * Пациент работает в автосервисе, имеет постоянный контакт со смазочными маслами и нефтепродуктами.
- * Дома много лет содержит собаку.
- * Пациент сообщил, что дома у него на стенах развешаны ковры.
- * Уже несколько лет пациент жалуется на периодически возникающие боли в животе.
- * У пациента отмечались аллергические реакции на пенициллин, витамины группы В, новокаин.
- * 7 лет назад у больного был диагностирован сахарный диабет 2 типа, по поводу которого принимает метформин.
- * У больного – артериальная гипертония, в связи с чем принимает капотен.
- * Пациент длительное время принимает биологически активные добавки к пище

Объективный статус

- * Поражение кожи острого воспалительного характера.
- * Высыпания располагаются на тыле кистей.
- * Высыпания представлены очагами яркой эритемы с четкими границами, очертаниями повторяющей капли попавшей на кожу жидкости. В пределах эритемы имеются отдельно расположенные мелкие пузыри с прозрачным

содержимым и единичные эрозии

* Слизистые оболочки, волосы, ногти не поражены.

* Субъективно – жжение.

Для установления диагноза в данной клинической ситуации достаточно

- острой стадии мокнутия
- отсутствие мокнутия
- неэффективности мазевой терапии
- наличия пустул

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- острой стадии мокнутия
- отсутствие мокнутия
- неэффективности мазевой терапии
- наличия пустул

Диагноз

Характерным анамнестическим признаком заболевания, подтверждающим диагноз, является

- сопутствующий сахарный диабет
- наличие множественной лекарственной сенсibilизации
- длительный прием биологически активных добавок к пище
- появление высыпаний сразу после попадания химиката на кожу

Характерным клиническим признаком заболевания, подтверждающим неаллергический характер заболевания, является

- расположение высыпаний на обеих кистях
- отсутствие группировки пузырных высыпаний
- формирование пузырей на фоне яркой эритемы
- соответствие очертаний очагов поражения местам попадания химиката

При оказании первой помощи пострадавшему первоначальным действием является

- удаление раздражителя с кожи
- перевязка кистей
- прием разовой дозы седативного препарата
- прием активированного угля

В данной клинической ситуации пациенту требуется

- терапия преднизолоном в течение 2—4 недель
- системная терапия иммунодепрессантами
- наружная терапия
- курс фототерапии в условиях стационара

В случае присоединения вторичной инфекции пациенту рекомендуется наружно использовать

- метронидазол
- мометазон
- такролимус
- мупироцин

При вторичном инфицировании очагов поражения может быть назначена фузидовая кислота в форме

- раствора спиртового
- лосьона
- пасты
- крема

Мупироцин может быть назначен в форме

- эмульсии
- суспензии
- раствора
- мази

Пациенту можно сообщить, что подобные поражения кожи при попадании концентрированной неорганической кислоты возникают

- при наличии приобретенной повышенной чувствительности
- чаще у мужчин
- обычно у лиц пожилого возраста
- у любого человека

Для профилактики развития поражения кожи из-за действия смазочных масел и нефтепродуктов пациенту следует рекомендовать использование

- эмолиентов
- антисептических средств
- топических глюкокортикостероидов
- антибактериальных средств

Учитывая контакт на работе с нефтепродуктами, маслами и кислотой, в целях профилактики повторного поражения кожи при продолжении работы пациенту следует рекомендовать

- эмолиентов
- антисептических средств
- топических глюкокортикостероидов
- антибактериальных средств

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 32 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На высыпания на коже туловища и верхних конечностей, сопровождающиеся зудом

Анамнез заболевания

Заболела 2 месяца назад, когда впервые появились зудящие высыпания красноватого цвета на коже груди и живота. В течение недели аналогичные высыпания стали появляться на спине. На фоне эритемы начали появляться группы пузырей с плотной покрывкой. Пузыри вскрывались самостоятельно на 3—4-е сутки своего существования. Образовавшиеся эрозии быстро эпителизировались. В последнюю неделю высыпания начали появляться на плечах и предплечьях. В связи с прогрессированием патологического кожного процесса больная решила обратиться к врачу.

Анамнез жизни

- * Проживает в 2-комнатной квартире с мужем.
- * В течение 1,5 лет курсами принимает препарат, содержащий минерально-витаминный комплекс.
- * У родственников заболеваний кожи нет.
- * В возрасте 5 месяцев педиатром у пациентки был диагностирован экссудативный диатез.
- * В возрасте 2 лет дерматовенерологом был диагностирован атопический дерматит легкой степени тяжести, после 7 лет высыпания атопического дерматита не появлялись.
- * У пациентки 2—4 раза в год бывают рецидивы простого герпеса с высыпаниями на губах и в полости рта.
- * Пациентка наблюдается у врача-эндокринолога по поводу аутоиммунного тиреоидита.

* Пациентка сообщила, что после употребления в пищу цитрусовых и шоколада у нее отмечается заложенность носа, затруднение носового дыхания, слезотечение, чувство песка в глазах.

Объективный статус

- * Поражение кожи хронического воспалительного характера.
- * Высыпания локализуются на коже груди, живота, спины, плеч и предплечий.
- * Высыпания представлены располагающимися на фоне эритемы и отека сгруппированными везикулами и пузырьками, имеющими плотную покрывку, прозрачное содержимое. Имеются эрозии округлых очертаний с ярко-розовым дном.
- * Слизистые оболочки, волосы, ногти не поражены.
- * Субъективно – зуд.

Для установления диагноза в данной ситуации необходимо провести

- эмолиентов
- антисептических средств
- топических глюкокортикостероидов
- антибактериальных средств

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- эмолиентов
- антисептических средств
- топических глюкокортикостероидов
- антибактериальных средств

Диагноз

Для подтверждения диагноза определяется содержание + _____ + в пузырьной жидкости

- базофилов
- лимфоцитов
- эозинофилов
- нейтрофилов

Обнаружение в гистологическом материале субэпидермальной полости позволяет отличить дерматит герпетический от

- приобретенного буллезного эпидермолиза

- пузырьчатки обыкновенной
- эритемы многоформной
- буллезного пемфигоида

Клиническим признаком, позволяющим диагностировать герпетиформный дерматит, является

- расположение сыпи по ходу нервных стволов
- кольцевидные очертания очагов поражения
- склонность высыпаний к группировке
- преобладание поражений складок кожи

Важное значение для постановки диагноза имеет

- частые рецидивы простого герпеса
- atopический дерматит в анамнезе
- молодой возраст пациентки
- женский пол

При обследовании пациентки возможна ассоциация дерматоза с

- болезнью Крона
- болезнью Гиршпрунга
- целиакией
- неспецифическим язвенным колитом

Для предотвращения обострений кожного процесса рекомендуется назначение + _____ + диеты

- низкобелковой
- низкокалорийной
- безглютеновой
- гипоаллергенной

Лекарственную терапию рекомендуется начать с назначения

- дапсона
- циклоспорина
- метотрексата
- этанерцепта

В случае недостаточной эффективности дапсона рекомендуется вместо него назначить

- ацитретин

- гидроксихлорохин
- тетрациклин
- сульфасалазин

Для наружной терапии пациентки следует рекомендовать

- такролимус
- адапален
- клобетазол
- кальципотриол

У пациентки развилось обострение как следствие употребления в пищу

- такролимус
- адапален
- клобетазол
- кальципотриол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 24 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На высыпания на коже кистей и предплечий, которые сопровождаются зудом, усиливающимся в вечернее время

Анамнез заболевания

Высыпания появились 2 недели назад на коже кистей и постепенно распространились на предплечья. Отмечает улучшение состояния после приема антигистаминных препаратов и после мытья рук в холодной воде

Анамнез жизни

- * Пациентка проживает одна в однокомнатной квартире
- * Дома много лет содержит собаку.
- * Уже 2 года принимает пероральные контрацептивы.
- * 1 месяц назад начала работать лаборантом химической лаборатории, где имеет контакт с различными химическими реактивами — минеральными и органическими кислотами и основаниями, солями металлов — железа, хрома, никеля, меди, алюминия, аммиаком, формальдегидом. Работает в латексных перчатках, но перчатки часто рвутся и тогда эти вещества попадают на кожу кистей.
- * 1 раз в полгода переносит обострения простого герпеса с поражением

верхней губы.

* 1,5 месяца назад у пациентки был диагностирован хламидиоз, по поводу которого получала соответствующее лечение.

* У больной диагностировано ожирение I степени, в связи с чем пациентка недавно начала придерживаться диеты, предпочитая принимать в пищу гречку и нежирные молочные продукты.

Пациентка длительное время принимает биологически активные добавки к пище.

Объективный статус

* Поражение кожи острого воспалительного характера.

* Высыпания располагаются на тыле и ладонной поверхности кистей, предплечьях и нижней трети плеч.

* Высыпания представлены яркой, несколько отечной эритемой с нечеткими границами. На кистях группами располагаются пузырьки с прозрачным содержимым, эрозии с полициклическими очертаниями. Отмечается мокнутие.

* Слизистые оболочки, волосы, ногти не поражены.

* Субъективно – умеренный зуд.

Для подтверждения диагноза поражения кожи верхних конечностей достаточно провести

- такролимус
- адапален
- клобетазол
- кальципотриол

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- такролимус
- адапален
- клобетазол
- кальципотриол

Диагноз

На аллергический характер заболевания указывает

- усиление интенсивности зуда в вечернее время
- улучшение состояния после мытья рук в холодной воде
- распространение сыпи за пределы участков попадания веществ на кожу
- нечеткость границ эритематозных очагов поражения

Для достижения максимальной эффективности терапии в данной клинической ситуации приоритетное значение имеет

- диета с высоким содержанием белков
- устранение воздействия аллергена
- быстрое назначение иммунодепрессантов
- частое мытье рук с использованием антисептических средств

В качестве наружной терапии немокнущих очагов поражения пациентке рекомендуется назначение

- мометазона
- метронидазола
- бензилбензоата
- такролимуса

Учитывая ограниченность высыпаний у пациентки, в данной клинической ситуации глюкокортикостероиды рекомендуется назначить

- внутривенно
- внутримышечно
- наружно
- перорально

Назначение пациентке крема фузидовой кислоты рекомендуется в случае

- дальнейшего распространения очагов поражения
- усиления мокнутия
- усиления интенсивности зуда
- инфицирования очагов поражения

Для устранения зуда у пациентки рекомендуется назначить

- хлоропирамин
- метотрексат
- циклоспорин
- дапсон

Мометазон для наружной терапии можно назначить в форме

- порошка
- крема
- эмульсии
- пасты

При необходимости назначения антигистаминных препаратов парентерально рекомендуется

- клемастин
- левоцетиризин
- акривастин
- терфенадин

При продолжении распространения высыпаний с поражением более 20% кожного покрова следует назначить

- тофацитиниб
- дапсон
- преднизолон
- апремиласт

После регресса высыпаний пациентке можно сообщить, что сенсibilизация к аллергену

- тофацитиниб
- дапсон
- преднизолон
- апремиласт

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 42 лет обратился к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На высыпания на коже головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом

Анамнез заболевания

Пациент сообщил, что первые высыпания появились на коже головы, шеи и верхнего плечевого пояса примерно 6 месяцев назад и затем постепенно распространились на туловище и нижние конечности. Заболел зимой, через некоторое время после простуды, по поводу которой принимал антибиотики

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * семейный анамнез по заболеваниям кожи не отягощен.

Объективный статус

- * Поражение кожи хронического воспалительного характера;
- * высыпания располагаются на коже головы, шеи, верхних конечностей, включая ладони, нижних конечностей, включая подошвы и туловища;
- * высыпания представлены фолликулярными папулами и эритематозными бляшками с желтовато-оранжевым оттенком, которые сливаются на многих участках кожи туловища и конечностей. Бляшки покрыты мелкими белыми чешуйками. В пределах распространенной эритемы заметны островки видимо здоровой кожи. На ладонях и подошвах кожа красноватого цвета с отчетливым желтовато-оранжевым оттенком, утолщена с гиперкератотическими наслоениями и шелушением на поверхности. Имеются глубокие линейные трещины. Имеются эксфолиации, расположенные преимущественно на туловище;
- * ногти на пальцах рук и ног утолщены, непрозрачны, имеют желтоватый оттенок;
- * субъективно – умеренный зуд.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- тофацитиниб
- дапсон
- преднизолон
- апремиласт

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- тофацитиниб
- дапсон
- преднизолон
- апремиласт

Диагноз

Учитывая анамнестические данные, данный диагноз (псориаза красного волосяного отрубевидного) позволяет предположить

- появление высыпаний на голове и шее и их распространение вниз
- связь заболевания кожи с простудным заболеванием

- связь начала заболевания с приемом антибиотиков
- начало заболевания в зимнее время

Для гистологической картины пситриаза красного волосяного отрубевидного характерны

- формирующиеся в верхней части дермы гранулемы, содержащие крупные пенистые клетки
- полости между базальным и шиповатым слоем эпидермиса
- акантоз с ортокератозом и паракератозом при сохраненном зернистом слое
- скопления групп лимфоцитов с церебриформными ядрами в эпидермисе

Клиническим признаком наиболее информативным для постановки диагноза является

- локализация эритемы на коже туловища, верхних и нижних конечностей
- линейность и значительная глубина трещин
- характер шелушения в виде мелких чешуек
- наличие островков видимо здоровой кожи на фоне эритемы

Для системной терапии в первой линии больному рекомендуется назначение

- циклоспорина
- инфликсимаба
- хлорохина
- ацитретина

При назначении ацитретина следует контролировать уровень

+ _____ + в сыворотке крови

- холестерина
- кальция
- креатинина
- альбумина

Рекомендуемая доза ацитретина составляет + _____ + мг в сутки

- 0,5–1,0
- 1,0–5,0
- 25–50
- 75–100

Перед началом фототерапии необходимы заключения об отсутствии противопоказаний, полученные у

- ортопеда и офтальмолога
- хирурга и оториноларинголога
- терапевта и эндокринолога
- психиатра и кардиолога

Ацитретин в сочетании с фототерапией можно рекомендовать при

- ограниченном поражении кожи в случае неэффективности наружной терапии
- распространенном поражении кожи как первый метод терапии
- терапии независимо от распространенности высыпаний
- распространенном поражении кожи в случае неэффективности системной терапии ацитретином или метотрексатом

При необходимости назначении метотрексата рекомендуемая доза препарата составляет

- 0,5–3,0 мг в неделю
- 5–30 мг в неделю
- 5–30 мг в месяц
- 5–30 мг в сутки

На фоне приема ацитретина, часто развивается нежелательное явление в виде

- 0,5–3,0 мг в неделю
- 5–30 мг в неделю
- 5–30 мг в месяц
- 5–30 мг в сутки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 55 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На высыпания на коже верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся выраженным зудом

Анамнез заболевания

Болеет в течение 1,5 лет. Заболела зимой, после несколько раз перенесенных простудных заболеваний, хотя и увлекается закаливанием, регулярно обтираясь полотенцем, смоченным холодной водой. Постепенно появляются новые

зудящие высыпания. Недавно больная заметила, что стала очень раздражительной.

Анамнез жизни

- * Страдает хроническим холециститом в течение 12 лет. Примерно 3 года назад выявлен вирусный гепатит С.
- * В течение последних 3 лет испытывает периодически мигренозные боли.
- * Последние 5 лет отмечает боли в суставах кистей и стоп, коленных суставов, в связи с чем ревматологом был поставлен диагноз остеоартроз.
- * 4 года назад по поводу болей в области сердца обследовалась у кардиолога. Был выставлен диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения. Атеросклероз. В последующем неоднократно был выявлен повышенный уровень холестерина в крови.
- * Последние 2 года отмечает напряженную ситуацию на работе, так как после сокращений сотрудников увеличился объем работы.
- * У родителей и в семье заболеваний кожи не было.

Объективный статус

- * Поражение кожи хронического воспалительного характера.
- * Высыпания располагаются преимущественно на коже разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей.
- * Высыпания представлены полушаровидными папулами плотной консистенции, 0,5-1см в диаметре, не склонными к слиянию. Цвет папул варьирует от цвета нормальной кожи до красновато-бурого цвета. На поверхности папул расположены геморрагические корочки. Определяется множество эксфолиаций, участки лихенификации.
- * Слизистые оболочки, волосы, ногти не поражены.
- * Субъективно – выраженный зуд, усиливающийся в ночное время.

Для подтверждения диагноза и дифференциальной диагностики следует провести

- 0,5–3,0 мг в неделю
- 5–30 мг в неделю
- 5–30 мг в месяц
- 5–30 мг в сутки

Результаты исследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- 0,5–3,0 мг в неделю
- 5–30 мг в неделю

- 5–30 мг в месяц
- 5–30 мг в сутки

Диагноз

Клиническим признаком заболевания, подтверждающим выставленный диагноз, является

- локализация высыпаний на разгибательной поверхности конечностей
- наличие папул, имеющих синюшно-красный цвет
- наличие участков лихенификации
- плотная консистенция папул

Триггерным фактором, который мог спровоцировать развитие заболевания, является

- простудные заболевания
- нервно-эмоциональное напряжение на рабочем месте
- остеохондроз суставов пальцев рук и коленных суставов
- переохлаждение в зимнее время

С целью купирования зуда пациентке рекомендуется назначение

- хлоропирамина
- хлорохина
- циклоспорина
- метотрексата

Рекомендуемая доза хлоропирамина при пероральном применении составляет + _____ + мг 3–4 раза в сутки

- 25
- 15
- 75
- 45

Для наружной терапии больной рекомендуется

- кальципотриол
- такролимус
- пиритион цинка
- алклометазон

При особенно выраженном зуде для парентерального введения рекомендуется

- лоратадин
- хлоропирамин
- цетиризин
- эбастин

Больной почесухой для купирования зуда и раздражительности рекомендуется назначить

- метотрексат
- гидроксизин
- гидроксихлорохин
- циклоспорин

При необходимости назначении гидроксизина рекомендуемая доза препарата составляет + _____ + мг 2–4 раза в сутки

- 0,25
- 75
- 125
- 25

Для внутриочагового введения кортикостероидов при узловатой почесухе препаратом выбора будет

- бетаметазон
- мометазон
- клобетазол
- алклометазон

Поиск заболеваний, обусловивших развитие почесухи, может включать серологическую диагностику – выявление антител к антигенам + _____ + в крови

- бетаметазон
- мометазон
- клобетазол
- алклометазон

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 32 лет обратился к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На высыпания на коже верхних конечностей и туловища, не сопровождающиеся субъективными ощущениями.

Анамнез заболевания

Заболел 4 года назад, в возрасте 28 лет, когда после перенесенного острого респираторного заболевания на коже волосистой части головы, туловища и верхних конечностей появились мелкие высыпания красного цвета, которые увеличивались в размерах и сливались между собой. Пациент стал самостоятельно использовать мазь, которую ему дал знакомый. После этого большинство элементов сыпи исчезли, но все 4 года сохраняются элементы сыпи в области локтей и крестца. Осенью при похолодании понемногу начали появляться новые высыпания, в связи с чем пациент решил обратиться к врачу.

Анамнез жизни

- * Проживает в 1-комнатной квартире с женой.
- * Работает автослесарем.
- * Ожирение I степени.
- * 6 лет назад диагностирована катаракта.
- * 2 года назад диагностирована желчекаменная болезнь.
- * Год назад у пациента диагностирован хронический простатит.
- * Курит по 5–7 сигарет в сутки.

Объективный статус

- * Поражение кожи хронического воспалительного характера.
- * Высыпания занимают примерно 2–3% площади поверхности тела и располагаются на волосистой части головы, на разгибательной поверхности верхних конечностей, преимущественно в области локтевых суставов, и в крестцовой области.
- * Высыпания и представлены единичными папулами и мелкими бляшками розовато-красного цвета, плоской формы, округлых и неправильных очертаний, склонными к периферическому росту и слиянию. Практически вся поверхность папул и бляшек, за исключением розовато-красного ободка по периферии, покрыта серебристо-белыми легко отделяющимися чешуйками.
- * Слизистые оболочки, волосы, ногти не поражены.
- * Субъективно – ощущений нет.

Для установления диагноза в данной ситуации достаточно

- бетаметазон
- мометазон
- клобетазол
- алклометазон

Результаты исследований

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- бетаметазон
- мометазон
- клобетазол
- алклометазон

Диагноз

Подтвердить диагноз можно, проведя

- осмотр кожи под увеличением (дерматоскопию)
- поскабливание элементов сыпи шпателем
- осмотр кожи через стекло при надавливании (витропрессию)
- выявление сетки Уикхема

При поскабливании папул первоначально появляется

- точечное кровотечение на поверхности исследуемого элемента
- усиление шелушения и поверхность становится похожей на каплю стеарина
- отечная эритема вокруг места поскабливания
- поверхность элемента становится влажной, блестящей, просвечивающей

После выявления феномена стеаринового пятна при продолжении поскабливания поверхности папул появляется/появляются

- мокнущие серозные «колодцы»
- отечная эритема вокруг места поскабливания
- блестящая и просвечивающаяся поверхность
- точечные петехии вокруг места поскабливания

При проведении патолого-анатомического исследования биопсийного материала кожи выявлены

- супрабазально располагающиеся полости в эпидермисе
- некротические изменения стенок сосудов дермы
- скопления нейтрофилов в эпидермисе
- эпителиоидно-клеточные гранулемы в верхней части дермы

Пациенту в данной клинической ситуации рекомендуется назначение

- метотрексата внутримышечно

- секукинумаба подкожно
- кальципотриола наружно
- общей ПУВА-терапии с пероральным применением фотосенсибилизатора

Основным противопоказанием к назначению ПУВА-терапии с пероральным применением фотосенсибилизатора является

- ожирение
- хронический простатит
- желчекаменная болезнь
- катаракта

В случае развития аллергической реакции на кальципотриол пациенту следует рекомендовать продолжить наружное лечение

- бацитрацином
- мометазоном
- тербинафином
- такролимусом

Для лечения очагов поражения на волосистой части головы следует назначить пациенту шампунь

- пимекролимус
- клобетазол
- бримонидин
- алклометазон

Для уменьшения выраженности шелушения можно рекомендовать

- жидкость деготь березовый
- 10% линимент нафталанской нефти
- 10% мазь ихтаммола
- 2% салициловую мазь

У пациента повышен риск развития поражения таких придатков кожи, как

- жидкость деготь березовый
- 10% линимент нафталанской нефти
- 10% мазь ихтаммола
- 2% салициловую мазь

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 48 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На высыпания на коже верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся выраженным зудом

Анамнез заболевания

Пациентка сообщила, что первые высыпания появились около полугода назад. За месяц до появления высыпаний перенесла личную трагедию, связанную с гибелью супруга. С течением времени количество высыпаний толчкообразно увеличивалось, зуд нарастал, особенно беспокоя на коже голеней. Самостоятельно не лечилась.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: артериальная гипертензия.

Наследственность не отягощена.

Аллергоанамнез не отягощен.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

У близких родственников заболеваний кожи нет.

Объективный статус

Поражение кожи хронического воспалительного характера. Сыпь симметрична, монотипна, локализуется преимущественно на коже коленей, передней поверхности верхней трети обеих голеней и нижней трети бедер; единичные высыпания имеются на коже сгибательных поверхностей лучезапястных суставов.

Высыпания на коже коленей, голеней и бедер представлены многочисленными бляшками от 1 до 3 см в диаметре с неправильными и округлыми очертаниями, достаточно четкими границами. Бляшки имеют розовато-фиолетовый цвет с ливедным оттенком, плотную консистенцию, неровную, бугристую поверхность, испещренную бородавчатыми выступами со множеством углублений.

На коже сгибательных поверхностей лучезапястных суставов видны единичные рассеянные мелкие (2-3 мм в диаметре) розовато-красного цвета с сиреневатым оттенком папулы, имеющие плоскую форму, полигональные очертания и центральное вдавление на поверхности. При боковом освещении различим восковидный блеск папул. На поверхности наиболее крупных папул при нанесении капли масла можно обнаружить белесоватый сетевидный рисунок.

Слизистые оболочки не поражены. Кожа вне очагов поражения нормальной бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Волосы

не изменены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены. Лимфатические узлы не увеличены.

Субъективно беспокоит зуд, который в области высыпаний на голеньях носит мучительный характер.

Для дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи рекомендовано проведение

- жидкость деготь березовый
- 10% линимент нафталанской нефти
- 10% мазь ихтаммола
- 2% салициловую мазь

Результаты исследований

Диагностически значимым первичным морфологическим элементом в клинической картине данного заболевания является

- уртикарий
- бугорок
- папула
- узел

Клиническая картина заболевания соответствует диагнозу

- уртикарий
- бугорок
- папула
- узел

Диагноз

Белесоватый сетевидный рисунок, выявленный на поверхности наиболее крупных папул при нанесении капли масла, является симптомом

- сетки Уикхема
- Картамышева
- стеаринового пятна
- скрытого шелушения

Клиническая картина соответствует + _____ + форме заболевания

- гипертрофической

- фолликулярной
- пигментной
- атрофической

Для купирования зуда рекомендовано назначить антигистаминный препарат первого поколения

- левоцетиризин
- дезлоратадин
- клемастин
- рупатадин

С целью уменьшения зуда, помимо антигистаминных препаратов, может быть рекомендован транквилизатор, обладающий H¹-блокирующей активностью в виде

- диазепам
- гидроксизин
- сульпирида
- феназепам

Транквилизатор гидроксизин, обладающий H¹-блокирующей активностью, с целью купирования зуда рекомендуется назначать в дозе + _____ + мг в сутки перорально в течение 28 дней

- 200-250
- 25-100
- 10-15
- 500-1000

Для наружной терапии красного плоского лишая рекомендуются топические

- препараты с антибиотиками
- препараты с кальципотриолом
- глюкокортикостероидные препараты
- ингибиторы кальциневрина

При распространенных высыпаниях пациентам с красным плоским лишаем рекомендуется длительный прием препарата

- гидроксихлорохин
- такролимус
- дапсон
- цетиризин

Препарат гидроксихлорохин для лечения больных красным плоским лишаем рекомендуется в дозе + _____ + мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней, затем перерыв 2 дня

- 400
- 800
- 600
- 200

Противопоказанием к назначению гидроксихлорохина со стороны органа зрения является

- 400
- 800
- 600
- 200

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 65 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся слабым зудом.

Анамнез заболевания

Пациентка сообщила, что первые высыпания появились около 4 месяцев назад, когда самостоятельно начала принимать иммуномодулирующий препарат по поводу хронического риносинусита. После прекращения приема препарата высыпания не регрессировали. С течением времени количество высыпаний постепенно увеличивалось.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: артериальная гипертензия, хронический риносинусит.

Наследственность не отягощена.

Аллергоанамнез не отягощен.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

У близких родственников заболеваний кожи нет.

Объективный статус

Поражение кожи распространенное, хронического воспалительного характера. Сыпь симметрична, полиморфна, локализуется на коже сгибательных поверхностей лучезапястных суставов, предплечий, в области боковых поверхностей туловища, на коже груди и поясницы.

Высыпания представлены преимущественно многочисленными пятнами, до 2-3 мм, местами сливающимися в более крупные очаги до 3 см в диаметре с неправильными очертаниями, четкими границами. Пятна имеют буроватую окраску со слабовыраженным фиолетовым оттенком.

На коже сгибательных поверхностей лучезапястных суставов видны единичные мелкие (2-3 мм в диаметре) папулы розовато-красного цвета с сиреневатым оттенком, имеющие плоскую форму, полигональные очертания и центральное вдавление на поверхности. При боковом освещении различим восковидный блеск папул. На поверхности наиболее крупных папул при нанесении капли масла можно обнаружить белесоватый сетевидный рисунок. На коже правого запястья в области посттравматического рубца наблюдается линейное расположение высыпных элементов.

Слизистые оболочки не поражены. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Вне очагов поражения кожные покровы смуглые III фототип. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей и стоп без патологических изменений. Лимфатические узлы не увеличены.

Субъективно в области высыпаний беспокоит слабый зуд.

Для дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи может быть рекомендовано проведение

- 400
- 800
- 600
- 200

Результаты исследований

Диагностически значимым первичным морфологическим элементом в клинической картине данного заболевания является

- бугорок
- пустула
- узел
- папула

Клиническая картина заболевания соответствует диагнозу

- бугорок

- пустула
- узел
- папула

Диагноз

Белесоватый сетевидный рисунок, выявленный на поверхности крупных папул при нанесении капли масла, является симптомом

- скрытого шелушения
- Ауспитца
- сетки Уикхема
- стеаринового пятна

Клиническая картина соответствует + _____ + форме заболевания

- фолликулярной
- атрофической
- пигментной
- гипертрофической

Для купирования выраженного зуда рекомендовано назначить антигистаминный препарат первого поколения

- клемастин
- цетиризин
- левоцетиризин
- дезлоратадин

В случае неэффективности наружной терапии рекомендуется антималярийный препарат

- метотрексат
- хлорохин
- ацитретин
- дапсон

Препарат хлорохин для лечения больных красным плоским лишаем рекомендуется в дозе + _____ + мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней, затем перерыв 2 дня

- 300
- 250
- 500

- 150

Противопоказанием к назначению хлорохина будет сопутствующая

- атеросклероз
- мочекаменная болезнь
- нейтропения
- язвенная болезнь желудка

Противопаразитарный препарат хлорохин обладает

+ _____ + действием

- иммуностимулирующим, гипосенсибилизирующим
- ангиопротекторным, вазодилатирующим
- цитотоксическим, гипосенсибилизирующим
- иммунодепрессивным, противовоспалительным

Сочетание хлорохина с цитостатиками увеличивает вероятность

- повышения уровня липидов крови
- аплазии костного мозга
- токсического поражения почек
- развития кардиомиопатии

Хлорохин может вызывать

- повышения уровня липидов крови
- аплазии костного мозга
- токсического поражения почек
- развития кардиомиопатии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 43 лет обратился к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

На высыпания на коже спины, сгибательных поверхностей конечностей, стоп, сопровождающиеся интенсивным зудом

Анамнез заболевания

Первые высыпания появились 3 недели назад. С течением времени количество высыпаний увеличилось. Самостоятельно не лечился.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: хронический холецистит.

Наследственность не отягощена.

Аллергоанамнез не отягощен.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

У близких родственников заболеваний кожи нет.

Объективный статус

Поражение кожи воспалительного характера. Сыпь симметрична, монотипна, локализуется на коже сгибательных поверхностей лучезапястных суставов и предплечий, тыльной поверхности стоп, на коже поясничной области.

Высыпания представлены большим количеством рассеянных мелких папул (диаметром от 2 до 4 мм) плоской формы с полигональными очертаниями розовато-красного цвета с фиолетовым оттенком и восковидным блеском, более отчетливым при боковом освещении. В центральной зоне некоторых папул имеется вдавление. В области запястий папулы образуют конгломераты имеющие вид бляшек.

При осмотре слизистых оболочек рта на внутренней поверхности щек выявлены мелкие папулы серовато-белого цвета до 1 мм в диаметре, расположенные в виде "рисунка кружева".

Кожа вне очагов поражения нормальной бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены. Лимфатические узлы не увеличены.

Субъективно в области высыпаний на коже беспокоит интенсивный зуд.

В области высыпаний на слизистых оболочках рта субъективных ощущений нет.

Для обнаружения сетки Уикхема на поверхности бляшек и наиболее крупных папул необходимо

- повышения уровня липидов крови
- аплазии костного мозга
- токсического поражения почек
- развития кардиомиопатии

Результаты

Клиническая картина заболевания соответствует диагнозу

- повышения уровня липидов крови
- аплазии костного мозга
- токсического поражения почек
- развития кардиомиопатии

Диагноз

Клиническая картина соответствует _____ форме заболевания

- пигментной
- атрофической
- типичной
- фолликулярной

Для периода обострения красного плоского лишая характерен положительный феномен + _____ + (появление новых узелков на месте травматизации кожи)

- Никольского
- Кебнера
- Шеклакова
- Ауспитца

Для купирования зуда рекомендовано назначить антигистаминный препарат первого поколения

- эбастин
- цетиризин
- клемастин
- лоратадин

Антигистаминный препарат клемастин перорально рекомендовано назначить в дозе + _____ + мг 2-3 раза в сутки в течение 7-10 дней

- 200
- 1
- 50
- 10

Противопоказанием к назначению антигистаминного препарата клемастин является

- бронхиальная астма
- гипотиреоз
- хронический панкреатит
- эрозивный гастрит

Для наружной терапии красного плоского лишая рекомендуется назначение топических

- препаратов с антибиотиками
- глюкокортикостероидных препаратов
- препаратов с кальципотриолом
- ингибиторов кальциневрина

При незначительной инфильтрации очагов поражения рекомендовано назначение немедикаментозного лечения в виде

- токов д'Арсонваля
- узкополосной средневолновой терапии
- гипербарической оксигенации
- иглорефлексотерапии

Перед назначением узкополосной средневолновой фототерапии для исключения противопоказаний рекомендуется консультации специалистов, в том числе врача-

- токов д'Арсонваля
- узкополосной средневолновой терапии
- гипербарической оксигенации
- иглорефлексотерапии

Результаты

Узкополосную средневолновую фототерапию с длиной волны 311 нм рекомендуется проводить + _____ + раз(а) в неделю в течение 6–12 недель

- 1
- 6
- 3–4
- 1-2

При красном плоском лишае помимо кожных покровов может наблюдаться поражение

- 1
- 6
- 3–4
- 1-2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 22 лет, находящаяся в отпуске по уходу за ребёнком, обратилась к дерматологу в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На периодические высыпания на коже обеих кистей, сопровождающиеся частым интенсивным зудом и выраженным жжением.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течении нескольких месяцев, когда впервые после использования хозяйственного мыла заметила появление высыпаний на коже кистей в виде пузырьков, сопровождающиеся интенсивным зудом, жжением и мокнутием.

Анамнез жизни

- 1) Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- 2) Профессиональных вредностей не имеет.
- 3) Аллергическая реакция на шоколад и цитрусовые.

Объективный статус

Высыпания симметрично локализуются на коже обеих кистей и представлены очагами эритемы с нечеткими границами и участками неизменной кожи по типу «архипелага островов», на фоне которой отмечаются везикулы, точечные эрозии сопровождающиеся мокнутием и серозные корочки.

Необходимым лабораторным методом обследования для уточнения диагноза будет

- 1
- 6
- 3–4
- 1-2

Результаты лабораторного метода обследования

Для уточнения диагноза рекомендуется проведение

- 1
- 6
- 3–4
- 1-2

Результаты исследований

На основании полученных клинико-лабораторных данных можно поставить диагноз

- 1
- 6
- 3–4
- 1-2

Диагноз

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в

- отделении стационара
- аллергологическом отделении
- амбулаторных условиях
- дневном стационаре

Системная терапия должна включать

- дексаметазон 0,008 мг (1,0 мл) в сутки
- метронидазол 0,5 г 3 раз в сутки
- цефтриаксон 1,0 г 1 р/сут
- хлоропирамин 25 мг 3 раза в день

Предпочтительным путем введения препарата данному пациенту является

- внутримышечный
- ингаляционный
- внутривенный
- энтеральный

При тилотической экземе сопровождающейся выраженной инфильтрацией необходимо назначить

- кларитромицин 500-1000 мг перорально
- ацитретин 10-25 мг сутки
- гентамицин 3мг/кг в сутки внутримышечно
- офлоксацин 200 мг перорально 2 раза в сутки

К критериям эффективности проводимой терапии через 48-72 часа от ее начала относят

- повышение температуры тела
- выраженная сухость кожных покровов
- нормализация уровня IgE крови
- уменьшение выраженности зуда

К критериям прекращения антигистаминной терапии относят

- уменьшение мокнутия
- уменьшение зуда
- регресс высыпаний
- применение более 7 дней

В качестве наружной терапии данному пациенту показано назначение

+ _____ + крема/мази

- салициловой
- клиндомицина
- алклометазона дипропионат
- ацикловира

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- токсидермией
- импетиго
- вульгарными угрями
- простым герпесом

Основным этиологическим механизмом заболевания является

- токсидермией
- импетиго
- вульгарными угрями
- простым герпесом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 43 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

* На высыпания на слизистой оболочке полости рта, на коже лице, верхней части туловища и плеч, сопровождающиеся болезненностью при жевании, глотании

* На выраженное слюноотделение

Анамнез заболевания

Заболела 4 месяца назад, когда впервые отметила болезненность при жевании и глотании пищи. Вскоре появилась гиперсаливация. Была осмотрена стоматологом, который обнаружил в полости рта эрозии и поставил диагноз стоматит. Для лечения использовала полоскания полости рта антисептическими

растворами с кратковременным незначительным эффектом. Три недели назад впервые заметила эрозии на лице, а в последние 5 дней на коже верхней части туловища и плеч начали появляться вялые пузыри с дряблой покрывкой. Больная сообщила, что покрывка пузырей быстро разрывалась с выделением прозрачной желтоватой жидкости, которая засыхала с образованием корок. Образующиеся после вскрытия пузырей эрозии постепенно увеличиваются в размерах

Анамнез жизни

- * Проживает в 2-комнатной квартире с мужем и сыном.
- * В течение 1 года курсами принимает препарат, содержащий минерально-витаминный комплекс
- * У родственников заболеваний кожи нет.
- * Отец больной страдает бронхиальной астмой

Объективный статус

- * Поражение кожи хронического воспалительного характера.
- * Высыпания располагаются на коже щек, носа, верхней части груди, спины, на плечах, на слизистой оболочке десен, щек, языка.
- * На коже располагаются эрозии округлых и неправильных очертаний, размерами до 3х6 см, с ярко-розовым дном, частично покрытые серозными корками. По краям эрозий имеются обрывки эпидермиса.
- * На слизистой оболочке десен, щек, языка имеются эрозии с ярко-красным дном, покрытые беловатым налетом.
- * Субъективно – болезненность при жевании и глотании.

Для установления диагноза в данной ситуации необходимо провести

- токсидермией
- импетиго
- вульгарными угрями
- простым герпесом

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- токсидермией
- импетиго
- вульгарными угрями
- простым герпесом

Диагноз

Гистологическим признаком, подтверждающим диагноз, является наличие

- внутриэпителиально расположенных полостей
- вакуолей в базальных клетках эпидермиса
- спонгиоза в нижних слоях эпидермиса
- периваскулярно расположенного эозинофильного инфильтрата

Диагноз в данной клинической ситуации подтверждается определением симптома

- Пospelова
- Бенъе-Мещерского
- Никольского
- Дарье-Уайта

Симптом Никольского проявляется как

- появление новых высыпаний в месте нанесения йодида калия
- отслоение эпидермиса при механическом воздействии на кожу
- болезненность при отделении корок от поверхности эрозий
- появление эритемы и отека при растирании кожи

Для подтверждения диагноза рекомендуется провести

- люминесцентную диагностику (осмотр под лампой Вуда)
- иммунофлуоресцентное исследование биопсийного материала кожи
- гистохимическое исследование биопсийного материала кожи
- исследование уровня общего иммуноглобулина E в крови

Диагноз обыкновенной пузырчатки подтверждается обнаружением свечения антител к IgG

- в стенках кровеносных сосудов дермы
- в эпидермисе
- на вершущках сосочков дермы
- вдоль базальной мембраны

Пациенту в данной клинической ситуации рекомендуется назначение

- преднизолона
- циклоспорина
- дапсона
- метотрексата

Терапию преднизолоном рекомендуется начинать с дозы не менее + ___+ мг/кг массы тела пациента в сутки

- 0,1
- 0,3
- 10
- 1

В случае необходимости уменьшить дозу преднизолона рекомендуется дополнительно назначить

- ацитретин
- гидроксихлорохин
- метотрексат
- дапсон

В данной клинической ситуации пациентке для повышения эффективности терапии следует рекомендовать

- физические нагрузки
- исключение инсоляции
- осторожное закаливание
- отдых на курортах с повышенной инсоляцией

Проводя системную терапию глюкокортикостероидами, следует иметь в виду возможность развития нежелательных явлений, в том числе

- физические нагрузки
- исключение инсоляции
- осторожное закаливание
- отдых на курортах с повышенной инсоляцией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 23 лет обратился на прием дерматовенеролога.

Жалобы

На появление «пятен» на коже туловища и конечностей в виде уплотненных бляшек восковидного цвета с розовато фиолетовым венчиком, с тенденцией к росту и слиянию,

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 1.5 лет, когда впервые без видимых причин

отметила появление плотного буровато-желтоватого очага на коже предплечий, а затем на коже низа живота. Обращалась к дерматологу, получала курсы антибактериальной терапии и смягчающих кремов. Отмечала появление дерматита. Обратилась для уточнения диагноза и лечения.

Анамнез жизни

- * Не курит, алкоголь не употребляет
- * Студентка, не замужем
- * В анамнезе хроническая крапивница при употреблении морепродуктов

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 53 кг, рост 157 см. Температура тела 36.7⁰С. Дыхание в легких везикулярное. Хрипов нет. Чдд 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные. АД 115 и 75 мм рт ст. Пульс 72 уд в 1 минут. Живот мягкий безболезненный. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание регулярное безболезненное.

Сыпь обильная. На коже предплечий – медиальные поверхности, плеч – латеральные поверхности, на коже живота, внутренней поверхности бедер и голеней имеются восковидно буроватого и белесого цвета, бляшки; кожа в очаге плотновата, поверхность представляется блестящей. По периферии бляшек прослеживается розовато-фиолетовый ободок. Фолликулярный аппарат сглажен, пушковые волосы отсутствуют. В лучезапястных суставах намечается сгибательная контрактура. Субъективно: чувство стягивания в очагах и тугоподвижность в лучезапястных суставах.

Больной 23 лет обязательно проводят исследование

- гормонального профиля
- общий анализ крови
- мочи по Нечипоренко
- липидного профиля

К специфическим лабораторным методам обследования относят

- гормонального профиля
- общий анализ крови
- мочи по Нечипоренко
- липидного профиля

Результаты лабораторных методов обследования

Больную необходимо проконсультировать с врачом

- ревматологом

- офтальмологом
- терапевтом
- урологом

Учитывая диффузный характер процесса и туго подвижность лучезапястных суставов, необходимо проведение

- гистологического исследования биоптата всех слоев кожи, п\к клетчатки и фасции (глубокая биопсия)
- сцинтиграфии суставов
- исследования пробы Реберга
- исследования гормонального профиля

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- синдромом недержания пигмента, Синдромом Пейтца-Егерса
- келлоидными рубцами, гипертрофическими рубцами, дерматомиозитом, системной красной волчанкой, склеродемой Бушке, склеромиксидемой, липоидным некробиозом
- мелкобляшечным парапсориазом, крупнобляшечным парапсориазом, лихеноидным парапсориазом
- красным плоским лишаем, Красным волосяным лишаем Дивержи

Пациентке можно поставить клинический диагноз

- синдромом недержания пигмента, Синдромом Пейтца-Егерса
- келлоидными рубцами, гипертрофическими рубцами, дерматомиозитом, системной красной волчанкой, склеродемой Бушке, склеромиксидемой, липоидным некробиозом
- мелкобляшечным парапсориазом, крупнобляшечным парапсориазом, лихеноидным парапсориазом
- красным плоским лишаем, Красным волосяным лишаем Дивержи

Диагноз

Целью лечения локализованной склеродермии является

- остановка прогрессирования заболевания, улучшение качества жизни
- полное клиническое излечение, предотвращение системности
- возобновление роста волос, улучшение качества жизни
- полное клиническое излечение, восстановление чувствительности

Основное лечение диффузной склеродермии у данной больной 23 лет требует назначения

- эмолентов, смягчающих кремов
- преднизолона 0,3-1 мг/кг/сут
- жирорастворимых витаминов А, Е
- бальнеологического лечения

Повторные курсы терапии у больной с генерализованной склеродермией могут включать

- аутогемотерапию по 10 мл через день на курс 10-12
- секукинумаба 1 г в/в каждые 3 недели, кератопластические мази
- повторные курсы антибиотиков пенициллинового ряда (амоксциллин с клавулоновой кислотой 1.0 x 2 раза в день 2 недели)
- сульфаниламидные препараты, кератолитические мази

Немедикаментозная терапия для больной 23 лет, улучшающая окислительно-восстановительные процессы в тканях, включает

- токи Д'Арсонваля
- ПУВА-терапию
- УВЧ-терапию
- низкоинтенсивную лазеротерапию

Основными вазоактивными препаратами при очаговой склеродермии являются

- эсцин по 12–15 капель 3 раза в день
- пентоксифиллин 0.4 x 1-2 раза в день 1-2 мес.
- антистакс по 2 капс. 1 раз в день в течение 4 недель
- анавенол 2 драже 3 раза в сутки

Основными топическими средствами для больной с бляшечной склеродермией являются

- эсцин по 12–15 капель 3 раза в день
- пентоксифиллин 0.4 x 1-2 раза в день 1-2 мес.
- антистакс по 2 капс. 1 раз в день в течение 4 недель
- анавенол 2 драже 3 раза в сутки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 32 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже верхних конечностей и туловища, не сопровождающиеся субъективными ощущениями.

Анамнез заболевания

Заболел 4 года назад, в возрасте 28 лет, когда после перенесенного острого респираторного заболевания на коже волосистой части головы, туловища и верхних конечностей появились мелкие высыпания красного цвета, которые увеличивались в размерах и сливались между собой. Пациент стал самостоятельно использовать мазь, которую ему дал знакомый. После этого большинство элементов сыпи исчезли, но все 4 года сохраняются элементы сыпи в области локтей и крестца. Осенью при похолодании понемногу начали появляться новые высыпания, в связи с чем пациент решил обратиться к врачу

Анамнез жизни

- * Проживает в 1-комнатной квартире с женой.
- * Работает автослесарем.
- * 2 года назад диагностирована желчекаменная болезнь.
- * год назад у пациента диагностирован хронический простатит
- * курит по 5–7 сигарет в сутки

Объективный статус

- * Поражение кожи хронического воспалительного характера.
- * Высыпания занимают примерно 2–3% площади поверхности тела и располагаются на разгибательной поверхности верхних конечностей, преимущественно в области локтевых суставов, и в крестцовой области.
- * Высыпания и представлены единичными папулами и мелкими бляшками розовато-красного цвета, плоской формы, округлых и неправильных очертаний, склонными к периферическому росту и слиянию. Практически вся поверхность папул и бляшек, за исключением розовато-красного ободка по периферии, покрыта серебристо-белыми легко отделяющимися чешуйками.
- * Слизистые оболочки, волосы, ногти не поражены.
- * Субъективно – ощущений нет.

Для установления диагноза в данной ситуации достаточно провести

- эсцин по 12–15 капель 3 раза в день
- пентоксифиллин 0.4 x 1-2 раза в день 1-2 мес.
- антистакс по 2 капс. 1 раз в день в течение 4 недель
- анавенон 2 драже 3 раза в сутки

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- эсцин по 12–15 капель 3 раза в день
- пентоксифиллин 0.4 x 1-2 раза в день 1-2 мес.
- антистакс по 2 капс. 1 раз в день в течение 4 недель
- анавенол 2 драже 3 раза в сутки

Диагноз

Подтвердить диагноз можно проведя определение

- псориатической триады
- витропрессии
- паракератоза
- сетки Уикхема

При поскабливании папул первоначально появляется

- мокнутие
- капиллярное кровотечение
- отечная эритема
- скрытое шелушение

После выявления феномена стеаринового пятна при продолжении поскабливания поверхности папул появляются

- мокнущие эрозии
- терминальная пленка
- петехии
- уртикарии

При проведении патологоанатомического исследования биопсийного материала кожи выявлены

- супрабазальные полости в эпидермисе
- некротические изменения сосудов
- скопления нейтрофилов в эпидермисе
- эпителиоидно-клеточные гранулемы

Пациенту в данной клинической ситуации рекомендуется назначение

- метотрексата
- гидрокортизона 0,1%
- секукиномаба
- аклометазона 0,05%

Основным противопоказанием к назначению ПУВА-терапии с пероральным применением фотосенсибилизатора является

- ожирение
- желчекаменная болезнь
- индивидуальная непереносимость
- хронический простатит

В случае развития аллергической реакции на кальципотриол пациенту следует рекомендовать продолжить наружное лечение

- бетаметазон+кальципотриол
- тербинафин
- такролимус
- бацитрацин

Назначая топические глюкокортикостероиды, следует иметь в виду возможность развития нежелательных явлений, в том числе

- образование эрозий в месте нанесения препарата
- повышение фоточувствительности в месте нанесения препарата
- стрии
- гиперкератоз

Для уменьшения выраженности гиперкератоза можно рекомендовать

- 2% салициловую мазь
- 10% мазь ихтаммола
- жидкость деготь березовый
- 10% линимент нафталанской нефти

У пациента повышен риск развития поражения таких придатков кожи, как

- 2% салициловую мазь
- 10% мазь ихтаммола
- жидкость деготь березовый
- 10% линимент нафталанской нефти

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 40 лет, обратилась на консультацию к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На появление мелких гипопигментированных и депигментированных пятен на коже туловища и голеней.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 10 лет, когда после солнечного ожога появились единичные депигментированные пятна на коже туловища. Площадь депигментированных пятен медленно увеличивается. Несколько раз в год посещает морские курорты. 2 месяца назад после интенсивной солнечной инсоляции появились множественные гипопигментированные и депигментированные пятна на коже обеих голеней.

Анамнез жизни

- * Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ
- * Аллергоанамнез: не отягощен
- * Наследственность не отягощена

Объективный статус

- * Поражение кожи хронического невоспалительного характера.
- * Высыпания располагаются на коже туловища, голеней.
- * На коже туловища представлены отдельными депигментированными пятнами белого цвета неправильной формы диаметром от 2 см до 5 см, с четкими границами. На коже голеней визуализируются множественные мелкие гипопигментированные и депигментированные пятна белого цвета диаметром от 0,2 до 0,3 см, расположенные перифолликулярно, границы участков депигментации четкие. Рост пушковых и остистых волос не нарушен, пигмент сохранен.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- 2% салициловую мазь
- 10% мазь ихтаммола
- жидкость деготь березовый
- 10% линимент нафталанской нефти

Результаты обследования

В данной клинической ситуации выставляется диагноз

- 2% салициловую мазь
- 10% мазь ихтаммола
- жидкость деготь березовый
- 10% линимент нафталанской нефти

Диагноз

К неклассифицируемым формам заболевания относят

- универсальную форму
- генерализованную форму
- поражение слизистых оболочек (наличие одного очага)
- смешанную форму

Дифференциальный диагноз проводят со следующим заболеванием

- парапсориаз
- полиморфный фотодерматоз
- разноцветный лишай
- эритразма

Для взрослого пациента необходимым препаратом при лечении фокальной формы витилиго является

- троксерутин 2% гель
- метилурацил 10% мазь
- солкосерил 5% гель
- такролимус 0,1% мазь

Начальная доза облучения, рекомендуемая при широкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии при данном заболевании, составляет + _____ + Дж/см²

- 1,0-1,25
- 0,75-1,0
- 0,1-0,25
- 0,5-0,75

При проведении курса узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии 311 нм минимальное количество процедур может составлять

- 15
- 20
- 10
- 5

При планировании лечения методом узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии 311 нм пациентке необходимо получить

заклучения об отсутствии противопоказаний к фототерапии у следующих специалистов

- офтальмолог, оториноларинголог, гинеколог
- сердечно-сосудистый хирург, кардиолог, психиатр
- терапевт, эндокринолог, гинеколог
- психиатр-нарколог, терапевт, хирург

Депигментированные пятна на коже при данном заболевании нередко сочетается с

- плоскоклеточным раком кожи
- галоневусом
- меланомой кожи
- базально-клеточным раком кожи

При назначении ПУВА-терапии начальная доза облучения составляет + _____ + Дж/см²

- 0,1-0,5
- 1,0-1,25
- 0,75-1,0
- 0,5-0,75

Режим проведения процедур узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии 311 нм составляет + _____ + раза в неделю

- 5-6
- 2-3
- 1-2
- 4-5

Каждая последующая доза облучения при проведении процедур узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии 311 нм повышается на + _____ + %

- 5-6
- 2-3
- 1-2
- 4-5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 64 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей, не сопровождающиеся субъективными ощущениями.

Анамнез заболевания

Заболел примерно 40 лет назад, когда появились высыпания на волосистой части головы. Через несколько лет появились высыпания на разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей в области локтевых и коленных суставов. К врачу не обращался. Самостоятельно использовал мазь, содержащую бетаметазон, с кратковременным эффектом. 10 лет назад появились высыпания на туловище, плечах, предплечьях, бедрах и голени. Пациент обратился к врачу, однако не помнит, какой диагноз был установлен. Проводилось лечение метотрексатом с хорошим эффектом, однако из-за выраженной тошноты и слабости после инъекций метотрексата пациент отказался от лечения этим препаратом. Был назначен апремиласт, однако через 3 недели терапии у пациента развивалась диарея, связанная с приемом апремиласта, в связи с чем лечение этим препаратом пришлось отменить.

Анамнез жизни

- * Проживает в 1-комнатной квартире с женой.
- * У пациента I фототип кожи, он очень легко обгорает на солнце, поэтому отпуск проводит в средней полосе России.
- * У пациента ожирение.
- * 5 лет назад у пациента диагностирован сахарный диабет II типа.
- * На протяжении последних 3-х лет у пациента при проведении биохимического анализа крови определяются гипоальбуминемия, выраженная гиперлипидемия (повышенный уровень холестерина и триглицеридов), гипокалиемия, повышенный уровень кальция в крови.
- * 6 лет назад диагностирована катаракта
- * 3 года назад у пациента диагностирована желчнокаменная болезнь.
- * У пациента гипертоническая болезнь, артериальное давление даже на фоне антигипертензивной терапии не снижается менее 200/110 мм рт ст.
- * У пациента варикозное расширение вен, ему рекомендовано оперативное лечение.
- * Курит по 5–7 сигарет в сутки
- * Масса тела пациента – 82 кг

Объективный статус

- * Поражение кожи носит хронический воспалительный характер.

* Высыпания занимают примерно 55–60% площади поверхности тела и располагаются на волосистой части головы, туловище, верхних и нижних конечностях, преимущественно на разгибательной поверхности.

* Высыпания представлены четко отграниченными единичными папулами, мелкими и крупными бляшками розовато-красного цвета, плоской формы, склонными к периферическому росту и слиянию. Папулы имеют округлые очертания, бляшки – округлые и неправильные очертания. Поверхность папул и бляшек покрыта серебристо-белыми легко отделяющимися чешуйками.

* Имеются изменения ногтевых пластин в виде масляных пятен и точечных углублений.

* Слизистые оболочки, волосы не поражены.

* Субъективно – ощущений нет.

Для установления диагноза в данной ситуации достаточно проведения

- 5-6
- 2-3
- 1-2
- 4-5

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- 5-6
- 2-3
- 1-2
- 4-5

Диагноз

Подтвердить диагноз можно по результатам + _____ + элементов сыпи

- поскабливания
- витропрессии
- дермографизма
- симптома Никольского

Первый этап определения псориатической триады заключается в выявлении симптома + _____ + при поскабливании папул

- отечной эритемы
- «стеаринового» пятна или скрытого шелушения

- «кровавой росы» или точечного кровотечения
- терминальной пленки

Второй этап псориатической триады заключается в появлении

**+ _____ + при продолжении
поскабливания поверхности папул**

- мокнущих серозных «колодцев»
- точечных петехий
- терминальной пленки - поверхность становится блестящей и просвечивающей
- отёчной эритемы вокруг

Характерным признаком при проведении гистологического исследования биопсийного материала кожи является

- акантоз эпидермиса
- эпителиоидно-клеточные гранулемы в верхней части дермы
- некротические изменения стенок сосудов дермы
- скопления лимфоцитов в эпидермисе

Пациенту в данной клинической ситуации рекомендуется назначение

- устекинумаба
- дупилумаба
- ритуксимаба
- омализумаба

Для увеличения выраженности терапевтического эффекта пациенту вместе с устекинумабом может быть назначен

- метотрексат
- адалимумаб
- гидроксихлорохин
- этанерцепт

Пациенту следует назначить устекинумаб в дозе + _____ + мг

- 45
- 400
- 100
- 25

Перед назначением устекинумаба требуется провести обследование пациента с целью исключения + _____ + инфекции

- хламидийной
- микоплазменной
- микобактериальной
- герпесвирусной

Устекинумаб назначают в виде + _____ + введения

- внутривенного
- внутримышечного
- подкожного
- перорального

Правильный режим введения устекинумаба заключается в назначении второй инъекции через

- внутривенного
- внутримышечного
- подкожного
- перорального

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 39 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже груди и спины, не сопровождающиеся субъективными ощущениями.

Анамнез заболевания

Высыпания на коже туловища заметила несколько месяцев назад. Отмечает, что площадь, занимаемая высыпаниями, постепенно увеличивается.

Анамнез жизни

- * В детстве часто болела простудными заболеваниями
- * Проживает в 2-комнатной квартире с двумя детьми, часто бывают конфликты с соседями.
- * Работает маляром в контакте с масляными и эпоксидными красками.
- * Больную беспокоит повышенное потоотделение.
- * 1 год назад у больной был диагностирован саркоидоз, по поводу которого длительное время принимает преднизолон перорально.
- * У больной – артериальная гипертония, в связи с чем принимает капотен.

Объективный статус

- * Поражение кожи хронического невоспалительного характера.
- * Высыпания располагаются на коже груди и верхней части спины.
- * Высыпания представлены множественными разного размера пятнами розовато-коричневого и желтовато-коричневого цвета, которые сливаются между собой, образуя крупные очаги с полициклическими очертаниями.
- * Слизистые оболочки, волосы, ногти не поражены.
- * Субъективно – ощущений нет.

Для подтверждения диагноза в данной клинической ситуации следует

- внутривенного
- внутримышечного
- подкожного
- перорального

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- внутривенного
- внутримышечного
- подкожного
- перорального

Диагноз

При осмотре очагов поражения в лучах лампы Вуда обнаруживается

+ _____ + свечение

- золотисто-бурое
- кораллово-красное
- зеленоватое
- белое

При проведении микроскопического исследования чешуек кожи обнаруживаются

- короткие изогнутые нити мицелия от 2 до 4 мкм в диаметре
- длинные тонкие прямые нити мицелия диаметром не более 0,5 мкм
- септированные толстые нити мицелия диаметром от 25 до 35 мкм
- крупные округлые частицы диаметром до 50 мкм

Для мазевой терапии больной рекомендуется назначение

- мупироцина
- тетрациклина
- бензилбензоата
- тербинафина

При неэффективности наружной терапии больной рекомендуется пероральное назначение

- метронидазола
- итраконазола
- гризеофульвина
- цефтриаксона

В случае проведения системной терапии флуконазолом рекомендуется его назначать 1 раз в неделю по + _____ + мг 4 недели

- 300
- 100
- 150
- 200

Ожидаемая продолжительность наружного лечения тербинафином составляет + _____ + недель

- 2
- 4
- 1
- 3

Клотримазол для лечения разноцветного лишая рекомендуется назначать в форме

- раствора
- суспензии
- эмульсии
- пасты

При выборе для системной терапии кетоконазола продолжительность терапии составляет + _____ + недель

- 1–2
- 8–10
- 3–5
- 6–7

Характерным для разноцветного лишая является + _____ + шелушение

- крупнопластинчатое
- отрубевидное
- среднепластинчатое
- муковидное

После загара на месте высыпаний разноцветного лишая появляются

- крупнопластинчатое
- отрубевидное
- среднепластинчатое
- муковидное

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 58 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания в паховой области, сопровождающиеся умеренным зудом.

Анамнез заболевания

Высыпания в паховой области заметил примерно 4 месяца назад. Отмечает, что площадь, занимаемая высыпаниями, медленно увеличивается. 2 недели назад появились очаги поражения на коже живота.

Анамнез жизни

- * Пациент проживает в 4-хкомнатной квартире с женой, дочерью и 3 внуками
 - * Дома много лет содержит кошек.
 - * Работает контролером, занимается проверкой оплаты проезда в городском транспорте, считает свою работу очень нервной.
 - * Больного беспокоит повышенное потоотделение.
 - * 10 лет назад у больного был диагностирован сахарный диабет 2 типа, по поводу которого принимает метформин.
 - * У больного – артериальная гипертония, в связи с чем принимает капотен.
- Пациент длительное время принимает биологически активные добавки к пище

Объективный статус

- * Поражение кожи хронического невоспалительного характера.
- * Высыпания располагаются в пахово-бедренных складках и на коже живота.
- * Высыпания имеют вид красновато-коричневых и кирпично-красных пятен с четкими границами, которые, сливаясь, образуют крупные очаги поражения с

фестончатыми очертаниями.

* Слизистые оболочки, волосы, ногти не поражены.

* Субъективно – умеренный зуд.

Для подтверждения диагноза в данной клинической ситуации следует провести

- крупнопластинчатое
- отрубевидное
- среднепластинчатое
- муковидное

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- крупнопластинчатое
- отрубевидное
- среднепластинчатое
- муковидное

Диагноз

Микроскопическое исследование соскоба кожи из очага поражения кожи при эритразме показывает, что возбудители

- окрашиваются по Граму
- имеют на концах длинные жгутики
- группируются в виде непрерывных цепочек
- формируют толстую капсулу

Во время диагностики заболевания в качестве предрасполагающих факторов у данного пациента следует учитывать

- артериальную гипертонию
- стрессы в связи с производственными конфликтами
- сахарный диабет
- длительный контакт с домашними животными

Для наружной терапии больного рекомендуется

- эмульсия бензилбензоата 20%
- мометазон мазь 0,1%
- эритромициновая мазь 5%
- метронидазол крем 1%

При выборе для наружной терапии больного фузидовой кислоты ожидаемый срок терапии составляет

+ _____ + недели

- 4
- 2,5
- 2
- 3

При появлении у больного выраженного зуда рекомендуется назначение

- крема фузидовая кислота {plus} бетаметазон
- мази бетаметазон {plus} салициловая кислота
- мази неомидин {plus} бацитрацин
- крема дифлукортолон {plus} изоконазол

При поражении гладкой кожи больному рекомендуется назначение системной терапии

- ванкомицином
- эритромицином
- цефтриаксоном
- ципрофлоксацином

При поражении гладкой кожи больному в качестве системной терапии рекомендуется

- рифампицин
- цефазолин
- тербинафин
- тетрациклин

Длительность системной терапии эритразмы с поражением гладкой кожи составляет + _____ + день/дней

- 21
- 3
- 7
- 14

Так как пациент беспокоится, что такое же поражение кожи может возникнуть у членов семьи, ему следует сообщить, что

- заболевание малоконтагиозно

- всем членам семьи требуется профилактическое лечение
- заболевание передается от кошек и собак
- дети не болеют

Во время лечения в целях профилактики пациенту следует рекомендовать

- заболевание малоконтагиозно
- всем членам семьи требуется профилактическое лечение
- заболевание передается от кошек и собак
- дети не болеют

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 25 лет обратилась на прием дерматовенеролога.

Жалобы

На выпадение волос, а также появление высыпаний на коже за ушными раковинами и лба, сопровождающиеся сильным зудом.

Анамнез заболевания

Год назад впервые на фоне стресса отметила выпадение волос (до 150 в день). Самостоятельно последние 2 месяца применяла 5% раствор миноксидила 2 раза в день утром и вечером. С положительным эффектом. Через 1 месяц от начала применения миноксидила отметила появление высыпаний на коже лица и за ушными раковинами, сопровождающиеся интенсивным зудом.

Анамнез жизни

- * Хронический бронхит (ремиссия)
- * Не курит
- * Профессиональных вредностей не имеет
- * Аллергическая реакция на пенициллин в виде высыпаний и зуда

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 57 кг, рост 169 см. Температура тела 36.8⁰С.

Поражение кожи островоспалительного характера. Высыпания локализуются на коже лба и заушными раковинами и представлены папуло-везикулезными элементами, локализующимися на эритематозном фоне, плоской формы, красноватого цвета, округлых очертаний, с резкими границами, плотноватой консистенции. Эритематозные очаги до 8 см в диаметре ярко розового цвета, с резкими границами, неправильных очертаний. Элементы сопровождаются интенсивным зудом. Проба на выпадение волос положительная. Отмечается

синдром «рождественской ёлки», в области волосистой части головы наблюдается умеренный зуд.

Для верификации диагноза необходимо провести

- заболевание малоконтагиозно
- всем членам семьи требуется профилактическое лечение
- заболевание передается от кошек и собак
- дети не болеют

Результаты обследования

Для подтверждения диагноза необходимо дополнительно провести

- заболевание малоконтагиозно
- всем членам семьи требуется профилактическое лечение
- заболевание передается от кошек и собак
- дети не болеют

Результаты обследования

Поставьте диагноз больной

- заболевание малоконтагиозно
- всем членам семьи требуется профилактическое лечение
- заболевание передается от кошек и собак
- дети не болеют

Диагноз

Дополнительные обследования которые необходимо провести больной в связи с диагнозом андрогенетическая алопеция

- заболевание малоконтагиозно
- всем членам семьи требуется профилактическое лечение
- заболевание передается от кошек и собак
- дети не болеют

Результаты обследования

Учитывая клиническую картину поражения кожи можно предположить развитие

- себорейной экземы
- токсидермии

- простого контактного дерматита
- аллергического контактного дерматита

Лечение андрогенетической алопеции у данной больной подразумевает назначение

- ципротерон ацетата
- тофацитиниба
- финастерида
- ингибиторов кальциневрина

Лечение аллергического контактного дерматита у данной больной подразумевает назначение

- эмолентов
- топических глюкокортикостероидов
- ингибиторов кальциневрина
- системных глюкокортикостероидов

Андрогенетическая алопеция часто имеет коморбидность со следующим заболеванием

- глаукома
- артериальная гипертензия
- ревматоидный артрит
- варикозное расширение вен нижних конечностей

К общей терапии аллергического контактного дерматита относят назначение

- кальция глюконата
- антигистаминных препаратов
- системных глюкокортикостероидов
- омализумаба

В качестве дополнительного обследования больной необходимо исследование уровня

- общей железосвязывающей способности сыворотки
- адренокортикотропного гормона
- свободного тироксина
- соматотропного гормона

В качестве дополнительной топической терапии больной можно назначить

- гепариновую мазь

- миноксидил
- топические глюкокортикостероиды
- топические ингибиторы кальциневрина

Для диагностики алопеции необходимо определение уровня

+ _____ + гормона в сыворотке

- гепариновую мазь
- миноксидил
- топические глюкокортикостероиды
- топические ингибиторы кальциневрина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 34 лет обратилась на прием дерматовенеролога.

Жалобы

На поредение волос в теменной и затылочной областях, а также появление высыпаний на коже лица, сопровождающихся умеренным зудом.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 3 месяцев, когда впервые на фоне сильного стресса отметила выпадение волос в теменной и затылочной областях. Самостоятельно применяла топические глюкокортикостероиды 4 раза в день в течение 2 месяцев. После чего стала отмечать появление высыпаний на коже лица, сопровождающиеся умеренным зудом.

Анамнез жизни

- * Хронический тонзиллит
- * Не курит
- * Профессиональных вредностей не имеет
- * Аллергическая реакция на цефтриаксон в виде токсикодермии

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 60 кг, рост 173 см. Температура тела 36.7⁰С.

Поражение кожи подостровоспалительного характера. На коже волосистой части головы (в теменной и затылочной областях) наблюдаются очаги выпадения волос от 1 до 5 см в диаметре с резкими границами, овальных очертаний. Проба на выпадение волос положительная. На коже лица наблюдаются папуло-пустулезные высыпания, конической формы, с резкими

границами, розовато-красноватого цвета, плотноватой консистенции. Сыпь обильная. Субъективно беспокоит умеренный зуд.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- гепариновую мазь
- миноксидил
- топические глюкокортикостероиды
- топические ингибиторы кальциневрина

Результаты лабораторного метода обследования

Для подтверждения диагноза необходимо дополнительно провести

- гепариновую мазь
- миноксидил
- топические глюкокортикостероиды
- топические ингибиторы кальциневрина

Результаты обследования

Дополнительными обследованиями, которые необходимо провести больной, являются

- гепариновую мазь
- миноксидил
- топические глюкокортикостероиды
- топические ингибиторы кальциневрина

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной ситуации является

- гепариновую мазь
- миноксидил
- топические глюкокортикостероиды
- топические ингибиторы кальциневрина

Диагноз

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в

- стационарных условиях (хирургическое отделение)
- условиях «дневного стационара»

- амбулаторных условиях (на дому)
- стационарных условиях (терапевтическое отделение)

Лечение очаговой алопеции у данной больной подразумевает назначение

- секукинумаба 2*1 г в/в каждые 3 недели
- противомаларийных препаратов в комбинации с топическими глюкокортикостероидами
- внутриочаговых глюкокортикостероидных препаратов
- внутривенного иммуноглобулина 2 г/кг/месяц

Лечение угревой болезни у данной больной подразумевает назначение

- антиандрогенных препаратов
- системных глюкокортикостероидов
- ПУВА терапии
- системных ретиноидов

Коморбидное состояние, которое наиболее часто встречается при очаговой алопеции, называется

- кольцевидная гранулема
- параспориоз
- гипертиреоз
- Т-клеточная лимфома

В качестве местного лечения при угревой болезни применяют

- топические ретиноиды
- ихтиоловую мазь
- топические глюкокортикостероиды
- э моленты

В качестве дополнительного обследования больной необходимо исследование уровня

- трийодтиронина
- свободного тироксина
- кортизола
- общего белка

В качестве дополнительной иммуносупрессивной терапии при очаговой алопеции можно применить

- инфликсимаб

- метотрексат
- секукинумаб
- внутривенный IVIg

Наиболее рациональной схемой лечения угревой болезни у беременных является

- инфликсимаб
- метотрексат
- секукинумаб
- внутривенный IVIg

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 23 лет обратился на прием дерматовенеролога.

Жалобы

На появление 3 дня назад болезненности при мочеиспускании, частых позывов к мочеиспусканию, выделений из мочеиспускательного канала.

Анамнез заболевания

Считает себя больным 3 дня, когда через 6 дней после полового контакта с малознакомой женщиной отметил появление выделений из уретры, рези при мочеиспускании и частых позывов к мочеиспусканию. Самостоятельно не лечился, Обратился для диагностики и лечения.

Анамнез жизни

- * Хронический тонзиллит
- * Курит по 10-12 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет
- * Профессиональных вредностей не имеет
- * Аллергическая реакция на бисептол в виде токсидермии

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Вес 76 кг, рост 187 см. Температура тела 36.7⁰С. Дыхание в легких везикулярное. Хрипов нет. Чдд 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные. АД 120 и 80 мм рт ст. Живот мягкий безболезненный. Стул регулярный, оформленный. Наружные половые органы сформированы правильно, органы мошонки не увеличены, безболезненны.
- * Наружные половые органы сформированы правильно, губки уретры отечны, гиперемированы, выделения скудные слизистые. Субъективно: рези при мочеиспускании, частые позывы на мочеиспускание.

К необходимым лабораторным методам обследования относят

- инфликсимаб
- метотрексат
- секукинумаб
- внутривенный IVIg

Результаты лабораторного метода обследования

Данными анамнеза, позволяющими предположить этиологию уретрита, являются

- возраст пациента
- семейное положение пациента
- инкубационный период 6 дней; жалобы на выделения, рези при мочеиспускании, характер выделения
- пол пациента

Инфекциями, передаваемыми половым путем, которыми мог одновременно заразиться наш пациент, являются

- трихомониаз, хламидиоз, уреоплазмоз, микоплазмоз, гарднериелез и т.д
- муковисцедоз, кандидоз, криптококкоз
- туберкулез, микобактериоз
- микоз, гарднериелез и др.

Реакциями, которые помогут в идентификации гонококков, являются

- полимеразная цепная реакция, ДНК-ДНК-зондовая гибридизация, культуральное исследование с использованием селективных питательных сред и определением ферментативных свойств *N. gonorrhoeae*
- реакция иммобилизации, реакция Колмера на холоде и реакция агглютинации
- реакция Закса-Витебского, реакция иммунофлюоресценции и коагуляции с моно- и поликлональными антителами
- реакция связывания комплемента с реагиновым антителом

Инструментальными исследованиями, применяемыми для топической диагностики гонореи, являются

- УЗДГ сосудов нижних конечностей, R-графия коленного сустава
- ректороманоскопия
- УЗИ органов малого таза и органов мошонки, уретроскопия, пальпация уретры на буже, уретрография

- УЗИ органов брюшной полости

Данному пациенту можно установить следующий клинический диагноз

- УЗДГ сосудов нижних конечностей, R-графия коленного сустава
- ректороманоскопия
- УЗИ органов малого таза и органов мошонки, уретроскопия, пальпация уретры на буже, уретрография
- УЗИ органов брюшной полости

Диагноз

Цели лечения данного пациента следующие

- восстановление фертильности
- полное клиническое излечение, восстановление чувствительности головки полового члена
- эрадикация *N. gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*; исчезновение клинических симптомов заболевания; предотвращение развития осложнений; предупреждение инфицирования других лиц
- снятие симптомов заболевания

Показаниями к госпитализации больного с гонореей являются

- диссеминированная гонококковая инфекция (артрит, остеомиелит, абсцесс мозга, эндокардит, менингит, миокардит, перикардит, перитонит, пневмония, сепсис)
- длительность процесса более месяца
- нечувствительность возбудителя в культуре к фторхинолонам
- выявление смешанной инфекции: более 3-х видов возбудителей

Наиболее эффективные препараты для нашего больного

- фторхинолоны и нитрофурановые препараты
- цефтриаксон (А), метронидазол (А)
- тетрациклиновые и нитрофурановые препараты
- доксициклин и фуразолидон

При осложненном течении гонорейной инфекции дополнительно рекомендуется

- поливитамины, инстилляции протаргола в уретру
- сосудорасширяющие и иммуномодуляторы
- патогенетическая терапия и физиотерапия

- иммуностимуляторы, поливитамины

Требованиями к результатам лечения больного неосложненной гонореей и трихомониазом являются

- нормализация фертильности
- улучшение потенции
- эрадикация *N.gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*; клиническое выздоровление
- прекращение выделений, дизурии

Установление излеченности от гонорейного и трихомониазного уретрита проводится

- нормализация фертильности
- улучшение потенции
- эрадикация *N.gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*; клиническое выздоровление
- прекращение выделений, дизурии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Х. 58 лет обратилась к дерматовенерологу по месту жительства.

Жалобы

На высыпания на верхних и нижних конечностях, сопровождающихся интенсивным приступообразным зудом.

Анамнез заболевания

Больна 8 лет, когда впервые стала замечать появление небольших высыпаний цвета нормальной кожи на руках. Состояние сопровождалось выраженным зудом. Возможной причиной считает сильный психоэмоциональный стресс, предшествующий появлению высыпаний.

Самостоятельно использовала ванночки с тысячелистником, для обработки элементов р-р бриллиантового зелёного. Положительного эффекта не отмечала. Через год обратилась к дерматологу, выставлен диагноз «Токсидермия». На фоне лечения: Хлорпирамин 25 мг 3 раза в день, Синофлан мазь отметила слабopоложительную динамику. 6 месяцев назад на фоне психоэмоционального стресса отметила ухудшение в виде увеличения размеров высыпаний, их уплотнения и изменения окраски. При использовании местных ГКС мазей эффекта не отметила.

Анамнез жизни

Сахарный диабет 2-го типа.

Хирургическое вмешательство по поводу фиброаденомы молочной железы за 2 года до обращения.

Курение, употребление алкоголя – отрицает.

Профессиональные вредности – отрицает.

Аллергические реакции – яйца, орехи (арахис, фундук, миндаль, грецкие орехи) цитрусовые.

Менопауза с 48 лет.

Эпидемиологический анамнез – не отягощён.

Объективный статус

Состояние – удовлетворительное. Телосложение правильное, рост 158, вес 59 кг. Температура тела 36,6°C. Лимфатические узлы не пальпируются.

Мономорфные высыпания, представленные в виде изолированных округлых плотных папул, резко выступающих над уровнем кожи, 1 см и более в диаметре, красно-коричневого цвета с гладкой поверхностью и геморрагическими корочками на некоторых элементах. Локализуются симметрично на коже разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей.

Субъективно: интенсивный приступообразный биопсирующий зуд. При аускультации лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, шумы не выслушиваются. АД 120/70 мм рт. ст. ЧСС 72 в мин.

Необходимым для уточнения диагноза лабораторным методом обследования будет

- анализ мочи по Нечипоренко
- соскоб чешуек на определение патогенных грибов
- изменение уровня АлТ и АсТ в биохимическом анализе крови
- клинический и биохимический анализ крови
- серологическая диагностика паразитарных заболеваний
- эозинофилия в общем анализе крови

При имеющейся клинической картине целесообразно выставить диагноз

- анализ мочи по Нечипоренко
- соскоб чешуек на определение патогенных грибов
- изменение уровня АлТ и АсТ в биохимическом анализе крови
- клинический и биохимический анализ крови
- серологическая диагностика паразитарных заболеваний
- эозинофилия в общем анализе крови

Диагноз

Основную роль в патогенезе данного заболевания у взрослых придаётся воздействию

- эндогенных аллергенов
- курения и стресса
- конституциональной ангиопатии
- дисбалансу цитокинов

Применение антигистаминных препаратов I поколения показано в терапии

- пруриго
- простого герпеса
- пузырчатки
- опоясывающего лишая

Физиотерапевтическое лечение должно включать селективную фототерапию в количестве + _____ + процедур

- 10-20
- 5-10
- 20-30
- 10-15

В данной ситуации необходима медикаментозная системная терапия дифенгидрамина гидрохлорид в дозе + _____ + мг

- 5-15
- 2-5
- 30-50
- 15-30

При упорном течении заболевания для местной терапии применяют

- гентамициновую мазь
- метилпреднизолона ацепонат, крем, мазь
- эритромициновую мазь
- ихтиоловую мазь

При легком течении заболевания рекомендуют наружную терапию с использованием

- нафталана 1%,
- салициловой мази 1%

- дегтярной мази 5-10%
- ихтиоловой мази 1%

К критериям прекращения антигистаминной терапии относят

- регресс высыпаний
- уменьшение мокнущих элементов
- уменьшение зуда
- применение более 7 дней

Специфический метод профилактики данного заболевания

- аллергопробы
- дезинфекция жилья
- выявление HNV-8 инфицированности
- не существует

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- постскабиозной лимфоплазией
- атопическим дерматитом
- пруригинозной экземой
- токсидермией

Физиотерапевтическое лечение показано в виде

- постскабиозной лимфоплазией
- атопическим дерматитом
- пруригинозной экземой
- токсидермией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 25 лет обратилась на прием дерматовенеролога.

Жалобы

На появление высыпаний на коже туловища, задней поверхности шеи и верхних конечностей, сопровождающиеся интенсивным зудом.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с 7 лет, когда впервые после употребления в пищу 250 мл цельного коровьего молока появились эритематозно-везикулёзные высыпания на коже щёк, эритематозно-папулёзные на коже туловища и конечностей.

Обращалась к дерматологу. Назначались антигистаминные препараты и топические глюкокортикостероиды – с временным положительным эффектом. Кратность обострений заболевания составляла 1 раз в 2-3 года, преимущественно в зимне-осеннее время. Следует отметить, что больная периодически применяла топические глюкокортикостероиды – с временным положительным эффектом. Три недели назад больная отмечала периодическое появление новых очагов лихенификации в области сгибательной поверхности локтевых суставов, задней поверхности шеи и туловища, сопровождавшихся интенсивным зудом. Самостоятельно применяла увлажняющие кремы и мази с глюкокортикостероидами – с незначительным положительным эффектом. Настоящее обострение возникло неделю назад, когда после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) отметила появление эритемы, шелушения на коже туловища и верхних конечностей, а позже – распространенных везикулезных элементов, сопровождавшихся интенсивным зудом и повышением температуры до 38.1°C , в связи с чем обратилась к дерматологу для уточнения диагноза и дальнейшей тактики ведения.

Анамнез жизни

- * Хронический ринит (ремиссия)
- * Не курит
- * Профессиональных вредностей не имеет
- * Аллергическая реакция на клиндамицин в виде высыпаний и зуда

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 56 кг, рост 170 см. Температура тела 38.1°C .

Поражение кожи островоспалительного характера. Высыпания локализуются на коже задней поверхности шеи, туловища, тыльной поверхности кистей, сгибательной поверхности локтевых суставов, предплечий, плеч и представлены лихенифицированными очагами поражения, ярко-розового цвета, с резкими границами, плоской формы, неправильных очертаний и множественными мелкими сгруппированными везикулезными элементами с пупковидным вдавлением в центре, распространенными пустулами, шелушением и эксфолиациями на поверхности. Субъективно: беспокоит интенсивный зуд. SCORAD=30.

Для подтверждения диагноза необходимо исследовать уровень

- постскабиозной лимфоплазией
- атопическим дерматитом
- пруригинозной экземой

- токсидермией

Результаты обследования

Для подтверждения диагноза необходимо дополнительно исследовать

- постскабиозной лимфоплазией
- атопическим дерматитом
- пруригинозной экземой
- токсидермией

Результаты обследования

Наиболее вероятный диагноз для данной ситуации

- постскабиозной лимфоплазией
- атопическим дерматитом
- пруригинозной экземой
- токсидермией

Диагноз

К главным диагностическим критериям атопического дерматита относят

- складки на задней поверхности шеи
- хроническое рецидивирующее течение
- начало заболевания во взрослом возрасте
- красный дермографизм
- сезонность обострений

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях + _____ + отделения

- «дневного стационара»
- хирургического
- терапевтического
- амбулаторного

В объеме системной терапии данной пациентке показано назначение

- седативных антигистаминных препаратов
- метотрексата
- циклоспорина
- системных глюкокортикостероидов

Для патогенетической терапии данной формы дерматита необходимо назначение

- бензилпенициллина натриевой соли 2000000 ЕД/сут в/м
- преднизолона 60 мг/сут
- цефуроксима 750 мг в/м
- ацикловира 1600 мг/сутки

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- аллергическим контактным дерматитом
- рожистым воспалением
- истинной акантолитической пузырчаткой
- герпетиформным дерматитом Дюринга

Топической терапией, которую необходимо назначить больной, является

- ингибиторы кальциневрина, мазь Ацикловир
- топические ГКС мази, мазь Ацикловир
- эмоленты, мазь Ацикловир
- мазь Ацикловир, мази с антибиотиком

Применение топических глюкокортикостероидов противопоказано при

- вирусных инфекциях кожи
- микробной экземе
- дискоидной красной волчанке
- системной склеродермии

Использование топических глюкокортикостероидов высокой активности в течение длительного времени при беременности может привести к

- подавлению функции щитовидной железы
- внутриутробной задержке роста плода
- тератогенному эффекту
- увеличению уровня андренокортикотропного гормона у плода

Пимекролимус можно назначать детям с возраста

- подавлению функции щитовидной железы
- внутриутробной задержке роста плода
- тератогенному эффекту
- увеличению уровня андренокортикотропного гормона у плода

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 28 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На изменение формы и цвета ногтевых пластин стоп.

На высыпания на коже подошв и межпальцевых складок стоп.

Анамнез заболевания

Впервые 2 года назад после посещения бани появились высыпания на коже стоп. Через 6 месяцев изменилась форма и цвет первых ногтевых пластин стоп. Зимой после перенесенной ОРВИ и приёма антибиотиков пациентка заметила ухудшение состояния ногтевых пластин стоп. Обследование не проводилось.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает.

У родственников выявлено грибковое заболевание.

Объективный статус

* Поражение 1 ногтей и кожи стоп хронического воспалительного характера.

* Изменены 1 ногти и кожа стоп.

* Изменены 1 ногти по гипертрофическому типу, дистально-латеральная форма, до матрикса, жёлтого цвета.

* В 3 и 4 межпальцевых складках стоп, под пальцами и в области пяток наблюдается обильное шелушение.

* Субъективно – не беспокоят.

* Ногтевые пластины кистей не изменены.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- подавлению функции щитовидной железы
- внутриутробной задержке роста плода
- тератогенному эффекту
- увеличению уровня андренокортикотропного гормона у плода

Результаты обследования

Основными анамнестическими данными, позволяющими предположить диагноз, является

- начало заболевания в зимнее время
- ухудшение состояния ногтей стоп после приёма антибиотиков
- ухудшение состояния ногтей стоп после ОРВИ
- посещение бани

Наиболее информативными клиническими признаками для постановки диагноза являются

- дистально-латеральная форма поражения ногтей стоп
- поражение единичных ногтей стоп
- отсутствие изменений на ногтях кистей
- обильное шелушение в 3 и 4 межпальцевых складках стоп, под пальцами и в области пяток
- отсутствие субъективных симптомов
- изменение 1 ногтей стоп по гипертрофическому типу, жёлтого цвета

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- дистально-латеральная форма поражения ногтей стоп
- поражение единичных ногтей стоп
- отсутствие изменений на ногтях кистей
- обильное шелушение в 3 и 4 межпальцевых складках стоп, под пальцами и в области пяток
- отсутствие субъективных симптомов
- изменение 1 ногтей стоп по гипертрофическому типу, жёлтого цвета

Диагноз

В качестве первого препарата системной противогрибковой терапии больному можно назначить

- вориконазол
- амфотерицин В
- итраконазол
- позаконазол
- тербинафин
- гризеофульвин

Рекомендуемая доза тербинафина составляет + _____ + мг в сутки

- 62,5
- 500
- 125
- 250

Перед назначением системной антимикотической терапии у взрослых необходимо провести

- биохимическое исследование сыворотки крови

- коагулограмму
- общий анализ мочи
- клинический анализ крови

Рекомендуемая доза итраконазола составляет + _____ + мг в сутки

- 300
- 200
- 100
- 400

Наружная противогрибковая терапия проводится

- 14 дней
- до клинического разрешения высыпаний и получения отрицательных результатов микроскопического исследования на грибы
- 30 дней
- до клинического разрешения высыпаний

Схема приёма системного антимикотического препарата итраконазола

- 100 мг в сутки
- 200 мг в сутки
- по 200 мг 2 раза в день в течение 7 дней, затем 3 недели перерыв
- 400 мг в неделю

Схема приёма системного антимикотического препарата тербинафина

- схема пульс-терапии
- через день
- 1 раз в неделю
- ежедневная

В случае отсутствия положительной динамики при приёме системного антимикотического препарата необходимо

- схема пульс-терапии
- через день
- 1 раз в неделю
- ежедневная

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 42 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

- * На высыпания на коже межпальцевых складок стоп и подошв.
- * умеренный зуд.

Анамнез заболевания

Впервые 3 месяца назад после посещения бассейна появились высыпания на коже межпальцевых складок стоп и подошв, беспокоит зуд. Летом пациент отмечает ухудшение состояния кожи стоп. Обследование не проводилось.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * У родственников имеется грибковое заболевание.

Объективный статус

- * Патологический процесс локализуется на коже межпальцевых складок стоп, подошв, боковых поверхностях стоп.
- * Представлен кольцевидным и муковидным шелушением, гиперкератозом.
- * Ногтевые пластины стоп и кистей не изменены.
- * Субъективно - умеренный зуд.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- схема пульс-терапии
- через день
- 1 раз в неделю
- ежедневная

Результаты обследования

Основными анамнестическими данными, позволяющими предположить диагноз, является

- начало заболевания 3 месяца назад
- периодический зуд
- летом ухудшение состояния кожи стоп
- посещение бассейна

Наиболее информативными клиническими признаками для постановки диагноза являются

- локализация в межпальцевых складках стоп
- отсутствие изменений на ногтях стоп
- локализация в боковых поверхностях стоп
- кольцевидное и муковидное шелушение, гиперкератоз на коже стоп

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- локализация в межпальцевых складках стоп
- отсутствие изменений на ногтях стоп
- локализация в боковых поверхностях стоп
- кольцевидное и муковидное шелушение, гиперкератоз на коже стоп

Диагноз

В качестве первого препарата наружной противогрибковой терапии больному можно назначить

- фукорцин
- аморолфин
- циклопироксоламин
- изоконазол

Рекомендуемая схема нанесения крема тербинафин

- 2 раза в сутки
- 3 раза в сутки
- однократно
- 1 раз в сутки

Перед назначением наружной антимикотической терапии у взрослых необходимо провести

- общий анализ мочи
- отслойку рогового слоя эпидермиса
- биохимическое исследование крови
- клинический анализ крови

Рекомендуемый препарат для отслойки рогового слоя эпидермиса

- ихтиол
- фукорцин
- клотримазол
- бифоназол

Наружная противогрибковая терапия проводится

- 20 дней
- до разрешения клинических проявлений и получения отрицательного результата микроскопического исследования на грибы
- до разрешения клинических проявлений
- 10 дней

Для вторичной профилактики микоза стоп в качестве дезинфицирующего средства используют

- ундециленовая кислота {plus} ундециленат цинка
- циклопироксоламин
- 0,05% р-р хлоргексидина биглюконата
- ундециленамидопропилтримониум метосульфат

С целью первичной профилактики микоза стоп проводят лечение

- экземы
- варикозного расширения вен
- себорейного дерматита
- гипергидроза

С целью вторичной профилактики микоза стоп проводят

- экземы
- варикозного расширения вен
- себорейного дерматита
- гипергидроза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 20 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже верхних конечностей и туловище.

Анамнез заболевания

Летом 2 недели назад после контакта с уличной кошкой появились высыпания на коже верхних конечностей, затем патологический процесс распространился на кожу туловища. Обследование не проводилось.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает.

* У родственников грибковых заболеваний не выявлено.

Объективный статус

* На коже туловища и верхних конечностей имеются множественные очаги округлой формы, с чёткими границами, с возвышающимся валиком по периферии, покрытые сероватыми чешуйками.

* Субъективно – не беспокоят.

* Ногтевые пластины кистей и стоп не изменены.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- экземы
- варикозного расширения вен
- себорейного дерматита
- гипергидроза

Результаты обследования

Основными анамнестическими данными, позволяющими предположить диагноз, являются

- распространение на кожу туловища
- появление высыпаний на коже верхних конечностей
- начало заболевания в летнее время
- контакт с уличной кошкой

Для постановки диагноза применяются следующие методы обследования

- бактериологическое
- гистологическое
- бактериоскопическое
- люминесцентное
- культуральное
- дерматоскопическое

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- бактериологическое
- гистологическое
- бактериоскопическое
- люминесцентное
- культуральное
- дерматоскопическое

Диагноз

В качестве альтернативных препаратов системной противогрибковой терапии больной можно назначить

- итраконазол
- амфотерицин В
- позаконазол
- тербинафин
- вориконазол
- кетоконазол

Рекомендуемая доза тербинафина составляет + ____ + мг в сутки

- 500
- 125
- 250
- 62,5

Перед назначением системной антимикотической терапии у взрослых необходимо провести

- гастроскопическое исследование
- ультразвуковое исследование щитовидной железы
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- биохимическое исследование сыворотки крови

Рекомендуемая доза итраконазола составляет + ____ + мг в сутки

- 400
- 300
- 100
- 200

Наружная противогрибковая терапия проводится

- 14 дней
- до клинического разрешения высыпаний
- 30 дней
- до клинического разрешения высыпаний и получения трёх отрицательных результатов микроскопического исследования на грибы

Препарат выбора для лечения микроспории является

- тербинафин

- гризеофульвин
- итраконазол
- кетоконазол

Рекомендуемая доза гризеофульвина составляет + _____ + мг на кг массы тела в сутки

- 10
- 22
- 20
- 18

Показания для госпитализации является

- 10
- 22
- 20
- 18

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 46 лет обратился на прием дерматовенеролога.

Жалобы

На высыпания на коже лица, ушных раковин, заушных и подмышечных областях. Субъективно беспокоит периодический зуд.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 20 лет, когда впервые, без видимой причины, появились высыпания на коже лица в области подбородка. Никуда не обращался, лечился самостоятельно местными средствами (салициловым спирт) -- без эффекта. В последние 5 лет высыпания распространились на кожу лица, ушных раковин, заушную и паховую области. В связи с ухудшением кожного процесса обратился в нашу клинику.

Анамнез жизни

- * УЗИ-признаки жирового гепатоза
- * Курит (1 пачка в день)
- * Профессиональных вредностей не имеет
- * Аллергическая реакция на пенициллин в виде крапивницы

Объективный статус

Состояние удовлетворительное тяжести. Вес 85 кг, рост 180 см. Температура

тела 37.2°C . Процесс носит хронический воспалительный характер. Высыпания локализуются на коже лица, ушных раковин, заушных и паховой областях. На коже щек, носа и подбородка на фоне застойно-синюшной эритемы с нечеткими границами располагаются папулы ярко-красного цвета в диаметре до 0.5 см, полушаровидной формы, плотноватой консистенции, пустулы в диаметре до 1 см, синюшно-красного цвета, округлых очертаний, полушаровидной и конической формы, с резкими границами, в центре - гнойное содержимое желтоватого цвета, единичные узлы в диаметре до 0.75 см, синюшно-розового цвета, плотно-эластической консистенции, округлых очертаний, с резкими границами, неровной поверхностью, расширенные устья сальных желез, при сдавливании которых выделялся салообразный секрет, поверхностные рубчики, закрытые и открытые комедоны. На коже ушных раковин высыпания были представлены множественными группирующимися и сливающимися узлами, образовавшими крупные конгломераты, с бугристой поверхностью в диаметре от 2 до 4 мм, плотно-эластической, местами тестоватой консистенции, синюшно-розового цвета, неправильных очертаний и нечеткими границами. В заушных и подмышечных областях, на фоне узловатых конгломератов наблюдались также веррукозные разрастания и множественные свищевые ходы с гнойным отделяемым.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- 10
- 22
- 20
- 18

Результаты лабораторного метода обследования

Дополнительным методом диагностики заболевания является

- 10
- 22
- 20
- 18

Результаты обследования

Дополнительным методом диагностики заболевания является

- 10
- 22
- 20
- 18

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом, который можно поставить данному пациенту, является

- 10
- 22
- 20
- 18

Диагноз

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях + _____ + отделения

- хирургического
- гнойного
- терапевтического
- амбулаторного

Пациенту показано назначение

- изотретиноина 0.5 мг/кг (6 месяцев)
- миноциклина 100 мг/сутки (2 месяца)
- азатиоприна 150 мг/сутки (1 месяц)
- цефазолина 500 мг в/м 2 раза в день (10 дней)

В качестве местной терапии больному необходимо назначить

- такролимус 0.1% 1 раз в день
- кларитромицин (альтернативный препарат) 500 мг
- инъекции нейротоксина ботулина типа А 1 раз в неделю
- мометазон 2 раза в день

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- болезнью Крона
- себорейным дерматитом
- себорейной экземой
- синдромом Мелькерссона - Розенталя

Розацеа может осложняться

- лимфаденопатией
- микроангиопатией
- абсцедированием узлов
- сепсисом

Перед назначением препарата изотретиноин необходимо контролировать следующие показатели крови

- антитела к ТПО, С реактивный белок
- дегидроэпиандростендион сульфат, свободный тестостерон
- общий холестерин, общий белок, ТТГ
- АЛТ, АСТ, креатинин, щелочную фосфатазу

Основными цитокинами, которые индуцируют воспаление при розацеа, являются

- ИЛ-1, ИЛ-2
- ИЛ-2, ИЛ-17, ИЛ-8
- ИЛ-8
- ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО- α

Иммунными клетками, которые играют ключевую роль в патогенезе розацеа, являются

- ИЛ-1, ИЛ-2
- ИЛ-2, ИЛ-17, ИЛ-8
- ИЛ-8
- ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО- α

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 50 лет обратился на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 7 месяцев, когда впервые отметил выраженное шелушение на коже волосистой части головы. Через 1 месяц в области правого виска отметил появление "пятна" розового цвета, которое быстро

увеличивалось в размере. В последующем высыпания распространились на кожу шеи, туловища и конечностей. При обращении к врачу-дерматовенерологу по месту жительства был установлен диагноз: "Псориаз", назначено лечение наружными глюкокортикостероидами, без эффекта. После нервного стресса патологический кожный процесс принял генерализованный характер. Пациент отметил потерю веса на 10 кг за последние 6 месяцев.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Перенесенные и хронические заболевания: Хронический холецистит. Стеатоз печени. Гастроэзофагальный рефлюкс.
- * Хирургические вмешательства: отрицает.
- * Наследственность: неотягощена.
- * Аллергоанамнез: непереносимости пищевых продуктов и лекарственных препаратов не отмечает.
- * Не курит. Алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- * Патологический кожный процесс носит распространенный характер.
- * Локализуется на коже волосистой части головы, лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей в виде множественных эритематозных пятен, бляшек, сливающихся в обширные очаги поражения; фолликулярные папулы; визуализируются "островки" здоровой кожи, фолликулярный гиперкератоз.
- * Кожа ладоней розового цвета с желтоватым оттенком.
- * На подошвенной поверхности стоп гиперкератоз желтоватого цвета.
- * Отмечается умеренная сухость кожных покровов.
- * Ногтевые пластинки кистей и стоп изменены: отмечается онихолизис, местами онихогрифоз.
- * Субъективно – умеренный зуд.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- ИЛ-1, ИЛ-2
- ИЛ-2, ИЛ-17, ИЛ-8
- ИЛ-8
- ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО-α

Результаты обследования

К анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, относят

- наследственность

- возраст пациента
- пол пациента
- длительность заболевания

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза является наличие

- подошвенного гиперкератоза
- фолликулярных папул
- сухости кожи
- умеренного зуда

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- подошвенного гиперкератоза
- фолликулярных папул
- сухости кожи
- умеренного зуда

Диагноз

В качестве системной терапии в данном клиническом случае рекомендовано назначение перорально

- хлорохина
- тофацитиниба
- преднизолона
- ацитретина

Рекомендуемая доза ацитретина составляет + _____ + мг в сутки

- 50-100
- 25-50
- 100-200
- 5-10

При назначении ацетритина необходимо контролировать уровень

- лейкоцитов
- ферритина
- тромбоцитов
- холестерина

При неэффективности монотерапии ацитретином рекомендуется назначить комбинацию ацитретина с

- магнитотерапией
- фонофорезом
- электрофорезом
- фототерапией

Для наружной терапии в данном клиническом случае рекомендуется назначить

- мазь с мочевиной
- цинка пиритион
- серную мазь
- э моленты

Шероховатость кожи в очагах поражения за счет фолликулярного гиперкератоза представляет собой положительный симптом

- дамского каблука
- яблочного желе
- кровяной росы
- терки

К характерному признаку классического красного волосяного отрубевидного педириаза взрослых (I тип) относят возможность развития

- сильного зуда
- рака кожи
- рубцов
- полной ремиссии

В качестве возможного этиологического фактора болезни рассматривают нарушения метаболизма

- сильного зуда
- рака кожи
- рубцов
- полной ремиссии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет обратился на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже волосистой части головы, лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом, общую слабость.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 30 лет, когда впервые, после перенесенного стресса, отметил появление высыпаний на коже туловища.

Самостоятельно использовал наружные глюкокортикостероидные средства с положительным эффектом.

Со временем высыпания стали распространяться на кожу верхних и нижних конечностей, начали изменяться ногтевые пластинки кистей и стоп.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально.

* Перенесенные и хронические заболевания: гепатит А (в детстве), аллергический ринит, гипертоническая болезнь

* Хирургические вмешательства: отрицает.

* Наследственность: у отца псориаз, у прадедушки по линии матери болезнь Крона.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Курит, стаж 18 лет, по 1 пачке в день. Злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

* Кожный патологический процесс носит распространенный характер.

* Высыпания располагаются на коже волосистой части головы, лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей.

* Высыпания представлены папулами и бляшками, сливающимися между собой в обширные очаги поражения, ярко-розового цвета, с выраженной инфильтрацией и серебристыми чешуйками на поверхности.

* При поскабливании бляшки поочередно определяют феномены стеаринового пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения.

* Отмечается увеличение шейных лимфатических узлов. При пальпации плотно-эластической консистенции, безболезненны, не спаяны с кожей.

* Ногтевые пластинки кистей и стоп изменены: отмечаются множественные углубления, желтоватый цвет ногтевых пластинок, подногтевой гиперкератоз.

* Субъективно – умеренный зуд.

* Субфебрильная лихорадка 37,5 С°.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- сильного зуда
- рака кожи

- рубцов
- полной ремиссии

Результаты обследования

К анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, относят

- возраст пациента
- семейную отягощенность
- аллергический ринит
- пол пациента

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза является

- распространенность процесса
- положительная псориатическая триада
- увеличение лимфоузлов
- субфебрильная лихорадка

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- распространенность процесса
- положительная псориатическая триада
- увеличение лимфоузлов
- субфебрильная лихорадка

Диагноз

В качестве системной терапии больному рекомендовано назначение

- преднизолона
- изотретиноина
- метотрексата
- гидроксихлорохина

Рекомендуемая кратность назначения метотрексата составляет

- 1 раз в неделю
- 2 раза в неделю
- 2 раза в день
- 1 раз в месяц

С целью своевременного выявления побочных явлений при терапии метотрексатом необходимо 1 раз в неделю выполнять

- ультразвуковое исследование кожи
- клинический анализ крови
- определение уровня ТТГ
- анализ мочи по Нечипоренко

Одним из серьезных побочных явлений на фоне терапии метотрексатом является

- снижение артериального давления
- поражение щитовидной железы
- угнетение функции костного мозга
- развитие тотальной алопеции

Назначение препаратов системного действия пациенту обусловлено

- субфебрильной лихорадкой
- распространенностью высыпаний
- длительностью псориаза
- увеличением лимфатических узлов

При неэффективности системной монотерапии метотрексатом возможно назначение комбинированной терапии метотрексата с

- фототерапией
- фонофорезом
- магнитотерапией
- диатермией

Для оценки клинической степени тяжести псориаза при помощи индекса PASI важное значение имеет

- увеличение лимфатических узлов
- площадь поражения
- поражение ногтей
- выраженность зуда

Усиление шелушения при поскабливании псориатических папул характерно для

- увеличение лимфатических узлов
- площадь поражения
- поражение ногтей
- выраженность зуда

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу обратился пациент 19 лет с жалобами на выделения из уретры, небольшое чувство жжения при мочеиспускании, которые появились 2-3 дня назад.

Жалобы

- * На жжение при мочеиспускании
- * Выделения из уретры,

Анамнез заболевания

Болен в течение 2-3-х дней, когда появились рези при мочеиспускании, скудные выделения из уретры. Постоянной половой партнерши нет. Последний половой акт 2 недели назад

Анамнез жизни

- * Вакцинальный анамнез не известен
- * Аллергический анамнез не отягощен
- * Работает упаковщиком в супермаркете
- * Курит, алкоголь употребляет эпизодически
- * Не женат, половые контакты с женщинами

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Вес 64 кг, рост 165 см. Температура тела 36.7⁰С. Сознание ясное. Аппетит снижен.
- * Кожные покровы вне очагов бледно-розовые
- * Пульс 72 удара в мин., ритмичный. Тоны сердца ясные, чистые, 72 уд в 1 мин.
- * В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. АД 120 и 75 мм рт.ст
- * Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный.
- * Локальный статус: Половые органы сформированы правильно. Губки уретры слегка гиперемированы, отечны. Из уретры выделения слизистые, скудные.

К специфическим лабораторным методам обследования относят

- увеличение лимфатических узлов
- площадь поражения
- поражение ногтей
- выраженность зуда

Результаты лабораторного метода обследования

Окраска микроскопического препарата производится

- увеличение лимфатических узлов
- площадь поражения
- поражение ногтей
- выраженность зуда

Результаты обследования

Обязательными лабораторными обследованиями для нашего больного являются также

- увеличение лимфатических узлов
- площадь поражения
- поражение ногтей
- выраженность зуда

Результаты лабораторного обследования

Дифференциальный диагноз чаще проводят с

- сифилисом
- генитальным герпесом
- с кандидозом
- склеатрофическим лишеном головки полового члена

Какой диагноз можно поставить больному на основании результатов клинико-лабораторных методов обследования?

- сифилисом
- генитальным герпесом
- с кандидозом
- склеатрофическим лишеном головки полового члена

Диагноз

Объем лечения смешанного гонорейно-трихомонозного уретрита зависит от

- давности заболевания, топического диагноза, данных конfrontации
- появления пузырей и эрозий на головке полового члена
- общего самочувствия больного
- появления признаков снижения потенции и фертильности

Лечение острого уретрита у данного больного подразумевает назначение

- назначение глюконата кальция в\в, пирогенала в\м
- назначение тималина, тимаптина, тактивана
- внутривенного введения иммуноглобулина 2 г/кг/месяц
- тинидазол 500 мг 2 раза в сутки per os 5 дней + цефтриаксон 500 мг в\м однократно

Общие рекомендации по терапии при гонорейно-трихомонозном уретрите включают использование

- инъекции тактивина, назначение доксициллина
- ванночки с розовым раствором $KMnO_4$, фторхинолоны
- антибиотиков и имидазольных препаратов
- пиротерапия, макролиды

Наиболее частое осложнение при гонорейном уретрите у мужчин

- синдром токсического шока
- многоформная экссудативная эритема
- абсцесс полового члена
- эпидидимоорхит

Целью лечения больного с уретритом является

- повышение качества жизни больного
- эрадикация возбудителя
- подавление воспалительной реакции
- коррекция полового поведения, регресс явлений диспареунии

Установление излеченности от гонококковой инфекции производится на основании

- контроля РИФ200, РИФ абс., РИБТ
- взятия мазков и окраски их по Романовскому-Гимзе
- метода амплификации РНК (NASBA)
- контроля РПР, ИФА, РПГА

Осложнением гонорейной инфекции у женщин является

- контроля РИФ200, РИФ абс., РИБТ
- взятия мазков и окраски их по Романовскому-Гимзе
- метода амплификации РНК (NASBA)
- контроля РПР, ИФА, РПГА

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 33 года на приеме врача-дерматовенеролога.

Жалобы

На высыпания в области кожи лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся выраженным зудом.

Анамнез заболевания

С раннего детства (с 7-месячного возраста), на коже лица появлялись мокнущие высыпания. Педиатром по месту жительства был установлен диагноз "Диатез", назначена наружная терапия с положительным эффектом. В дальнейшем, течение кожного процесса приобрело хронический волнообразный характер с периодическими обострениями 1-2 раз в год в осенне-зимнее время.

Наблюдалась у дерматолога, неоднократно проводилась гипосенсибилизирующая, антигистаминная, наружная терапия, с положительным эффектом. За последний месяц отметила резкое ухудшение кожного процесса, самостоятельно лечилась наружными средствами с глюкокортикостероидами, без эффекта.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Гинекологический анамнез: 2 беременности, 2 родов.
- * Перенесенные и хронические заболевания: гастрит, в стадии ремиссии. Гайморит.
- * Хирургические вмешательства: отрицает.
- * Наследственность: бабушка по линии матери - бронхиальная астма, дедушка по линии отца - псориаз.
- * Аллергоанамнез: пищевая аллергия на цитрусовые и шоколад в виде появления эритемы и зуда на коже локтевых сгибов.
- * Не курит, алкоголь: бокал вина по праздникам.
- * Посещает тренажерный зал

Объективный статус

Поражение кожи хронического воспалительного характера. Сыпь обильная распространенная локализуется на задне-боковой поверхности шей, заушных областях, лице, боковых поверхностях туловища, сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, представлена эритематозно-сквамозными очагами с большим количеством эскориаций и мелкопластинчатых чешуек, папулами до 0,5см в диаметре. Вне очагов высыпаний кожа сухая, тургор снижен.

Определяется белый стойкий дермографизм, положительный симптом Денни-Моргана, волосы и ногтевые пластины не изменены.

Лабораторным методом обследования, позволяющим подтвердить диагноз, является

- контроля РИФ200, РИФ абс., РИБТ
- взятия мазков и окраски их по Романовскому-Гимзе
- метода амплификации РНК (NASBA)
- контроля РПР, ИФА, РПГА

Результаты лабораторного метода обследования

К анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, относится

- диатез в детском возрасте
- длительная наружная терапия
- посещение тренажерного зала
- наличие гастрита

Какой симптом, описанный в локальном статусе, является клиническим признаком для подтверждения диагноза

- множественных экскориаций
- ночного зуда
- лихенификации
- Денни-Моргана

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- множественных экскориаций
- ночного зуда
- лихенификации
- Денни-Моргана

Диагноз

Пациентке рекомендована базисная терапия, включающая использование

- кортикостероидов
- пимекролимуса
- такролимуса
- увлажняющих средств

Учитывая наличие выраженного зуда, рекомендуется назначение

- диазолин
- гистодил

- цетиризина
- тофацитиниба

Для системной терапии атопического дерматита тяжелой степени рекомендуется назначение

- апремиласта
- изотретиноина
- циклоспорина А
- гидроксихлорохина

Циклоспорин А при атопическом дерматите тяжелой степени рекомендуется назначать в дозе + _____ + мг/кг

- 25-30
- 3-5
- 16-22
- 12-15

При атопическом дерматите применяют узкополосную фототерапию с длиной волны + _____ + нм

- 290-320
- 260-400
- 311-313
- 290-400

Для взрослого периода атопического дерматита характерно преобладание

- ангулярного хейлита
- экссудативного компонента
- красного дермографизма
- лихенификации

Для оценки степени тяжести атопического дерматита рекомендуется использовать шкалу

- SWAT
- BASDAI
- SCORAD
- DLQI

При оценке тяжести атопического дерматита по индексу SCORAD важное значение имеет

- SWAT
- BASDAI
- SCORAD
- DLQI

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 32 года обратился на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже в подмышечных областях, сопровождающиеся болезненностью.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые отметил появление округлых плотных образований размером с «грецкий орех» на коже в подмышечной области справа, сопровождающихся болезненностью, и самостоятельно вскрывающихся с выделением большого количества гноя. При обращении к врачу-хирургу в частную клинику проведено иссечение образований, назначена антибиотикотерапия с положительным эффектом в виде регресса высыпаний. После 12 месяцев ремиссии отметил появление новых образований в подмышечных областях.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Хронический гастрит. Хронический пиелонефрит.
- * Хирургические вмешательства: аппендэктомия 10 лет назад.
- * Наследственность: у отца псориаз.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Курит в течение 15 лет, пачка сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- * Поражение кожи носит ограниченный характер.
- * Высыпания локализуются в подмышечных областях.
- * Представлены глубокими абсцедирующими узлами синюшно-багрового цвета, спаивающимися между собой и окружающими тканями, образуя крупные воспалительные инфильтраты, на поверхности которых формируются множественные фистулы и свищи с обильным гнойным отделяемым; а также гипертрофическими рубцами.
- * Субъективно – болезненность.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- SWAT
- BASDAI
- SCORAD
- DLQI

Результаты обследования

К анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, относят

- аппендэктомию
- возраст пациента
- отягощенную наследственность
- хронический пиелонефрит

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза является

- локализация высыпаний
- образование фистул
- наличие рубцов
- болезненность

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- локализация высыпаний
- образование фистул
- наличие рубцов
- болезненность

Диагноз

В качестве системной терапии больному рекомендуется

- апремиласт
- амоксициллин
- метотрексат
- тофацитиниб

Рекомендуемая взрослым кратность приема амоксициллина в комбинации с клавулановой кислотой составляет (500+125) мг + _____ + раз(а) в сутки

- 4

- 3
- 1
- 2

При пиодермиях, сопровождающихся язвенными дефектами кожи, для определения тактики лечения, рекомендуется консультация

- физиотерапевта
- хирурга
- травматолога-ортопеда
- эндокринолога

К первичной профилактике гидраденита относят

- использование солнцезащитного крема
- соблюдение белковой диеты
- антисептическую обработку микротравм
- прием сероводородных ванн

Возбудителем гидраденита чаще всего является

- *Mycobacterium leprae*
- *Microsporum canis*
- *Corynebacterium minutissimum*
- *Staphylococcus aureus*

При гидрадените наиболее часто поражаются

- подмышечные области
- нижние конечности
- ногтевые пластины
- слизистые оболочки

У больных с тяжелым течением пиодермии часто выявляется нарушение + _____ + обмена

- жирового
- углеводного
- белкового
- минерального

При тяжелом течении пиодермии у больных наблюдается

- жирового
- углеводного

- белкового
- минерального

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 32 лет обратилась на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся выраженным зудом, жжением.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 3 дней, когда впервые отметила появление высыпаний на коже лица, сопровождающихся сильным зудом, жжением. Появление высыпаний ни с чем не связывает. Процесс быстро распространился на кожу туловища, верхних и нижних конечностей. Отмечает исчезновение высыпаний в течение суток и появление новых, преимущественно в ночное время.

К врачам не обращалась, самостоятельно лечилась антигистаминными средствами, без эффекта.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась соответственно возрасту.
- * Гинекологический анамнез: 2 беременности, 2 родов.
- * Операции, травмы: отрицает.
- * Перенесенные и хронические заболевания: краснуха, ОРВИ, Хронический гастрит.
- * Наследственность: у бабушки по линии матери бронхиальная астма.
- * Аллергологический анамнез: не отягощен.
- * Не курит.

Объективный статус

- * Кожный патологический процесс носит распространенный характер.
- * Высыпания локализуются на коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей.
- * Высыпания представлены множественными волдырями, местами сливающимися между собой, бледно-розового цвета.
- * Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены.
- * Умеренная сухость кожи.
- * Субъективно беспокоит выраженный зуд.

Методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- жирового
- углеводного
- белкового
- минерального

Результаты обследования

Для постановки диагноза наличие + _____ + является наиболее важным диагностическим признаком

- эксфолиаций
- папул
- волдырей
- сильного зуда

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- эксфолиаций
- папул
- волдырей
- сильного зуда

Диагноз

Для больных с крапивницей характерно внезапное однократное появление волдырей, которые существуют не более + _____ + часов

- 24
- 72
- 96
- 48

В качестве системной терапии в данной клинической ситуации, в связи с отсутствием эффекта от терапии блокаторами H1-гистаминовых рецепторов, рекомендуется назначить

- апремиласт
- метронидазол
- дексаметазон
- тофацитиниб

Рекомендуемая доза дексаметазона внутримышечно составляет +_____+ мг в сутки

- 100-150
- 20-30
- 4-16
- 40-80

Для уменьшения зуда и жжения при крапивнице рекомендуется наружно использовать

- взвеси с ментолом
- азелаиновую кислоту
- аклометазон
- такролимус

К блокаторам лейкотриеновых рецепторов, используемых в терапии крапивницы, относят

- хлоропирамин
- тофацитиниб
- ацитретин
- монтелукаст

Острая спонтанная крапивница характеризуется продолжительностью менее +____+ недель

- 24
- 10
- 6
- 12

Об отсутствии связи крапивницы с пищевыми продуктами свидетельствует неэффективность

- антигистаминных препаратов
- безуглеводной диеты
- наружной терапии
- элиминационной диеты

К методам профилактики крапивницы относят

- длительное системное применение кортикостероидов
- превентивное применение H¹-гистаминоблокаторов

- санаторно-курортное лечение
- пожизненную элиминационную диету

Устранение из пищевого рациона выявленных аллергенов приводит к улучшению состояния кожи через + _____ + часов

- длительное системное применение кортикостероидов
- превентивное применение H¹-гистаминоблокаторов
- санаторно-курортное лечение
- пожизненную элиминационную диету

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 59 лет обратился на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже паховой области, слизистых оболочках рта и носа, сопровождающиеся избыточным слюноотделением, болезненностью.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 9 месяцев, когда впервые появились высыпания на слизистой оболочке рта. Обращался к врачу-стоматологу, установлен диагноз афтозный стоматит, получал наружную терапию, антибиотикотерапию (амоксциллин) с незначительным положительным эффектом.

3 месяца назад отметил появление свежих высыпаний на слизистой оболочке рта, красной каймы губ и слизистой оболочке носа, на коже в паховой области. Развитие заболевания 9 месяцев назад связывает с перенесенным гнойным отитом, по поводу которого принимал антибиотики.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Гипертоническая болезнь. Хронический гастрит. Хронический простатит.
- * Хирургические вмешательства: отрицает.
- * Наследственность: у бабушки по линии матери сахарный диабет.
- * Аллергоанамнез: пищевая аллергия на цитрусовые.
- * Не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

- * Кожный патологический процесс носит распространенный характер.
- * Высыпания локализуются на слизистой оболочке рта и носа, красной кайме

губ, на коже в паховых складках.

* Высыпания представлены пузырями различных размеров с тонкой, вялой покрышкой и серозным содержимым, возникающие на видимо неизменной коже и слизистых оболочках; множественными эрозиями ярко-розового цвета на месте вскрывшихся пузырей.

* Отмечается гиперсаливация, запах изо рта.

* Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены.

* Субъективно – болезненность в области эрозий и пузырей.

* При механическом воздействии на кожу в очагах поражения отмечается отслоение эпидермиса, расположенного рядом с ними.

Одним из методов обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- длительное системное применение кортикостероидов
- превентивное применение H¹-гистаминоблокаторов
- санаторно-курортное лечение
- пожизненную элиминационную диету

Результаты обследования

К анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, относят

- пищевую аллергию
- хронический гастрит
- мужской пол
- перенесенный отит

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза является наличие

- серозного содержимого в пузырях
- болезненности эрозий
- пузырей и эрозий
- высыпаний в паховой области

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- серозного содержимого в пузырях
- болезненности эрозий
- пузырей и эрозий
- высыпаний в паховой области

Диагноз

При гистологическом исследовании биоптата кожи или слизистой оболочки из очага поражения в данном клиническом случае будет обнаружено

+ _____ + расположение щелей/пузырей

- внутридермальное
- субдермальное
- внутриэпидермальное
- субэпидермальное

При проведении исследования биоптата видимо здоровой кожи методом иммунофлюоресценции в данном клиническом случае характерно обнаружение

- IgG
- IgA
- IgM
- IgE

Появление первых высыпаний на слизистых оболочках характерно для

+ _____ + пузырьчатки

- себорейной
- герпетической
- вульгарной
- листовидной

В качестве системной терапии больному рекомендован

- изотретиноин
- тофацитиниб
- ацитретин
- преднизолон

Снижение дозы преднизолона возможно только после достижения терапевтического эффекта, проявляющегося в отсутствии

- субъективных ощущений
- фебрильной лихорадки
- свежих высыпаний
- увеличения лимфоузлов

При резистентных к лечению системными глюкокортикостероидами формах пузырчатки или для уменьшения дозы преднизолона рекомендуется добавлять к терапии

- метотрексат
- апремиласт
- тофацитиниб
- барицитиниб

Больным с пузырчаткой необходимо постоянно использовать

- минеральные масла
- эмолиенты
- мазь с мочевиной
- солнцезащитные крема

При механическом воздействии на кожу в очагах поражения, отслоение эпидермиса, расположенного рядом с ними, характерно для положительного симптома

- минеральные масла
- эмолиенты
- мазь с мочевиной
- солнцезащитные крема

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 30 лет обратился на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже в области лица (бороды и усов), сопровождающиеся легким зудом, общую слабость.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 10 месяцев, когда впервые отметил появление высыпаний в области усов после бритья. Постепенно высыпания распространились на область бороды, появилась слабость.

Самостоятельно лечился наружными антибактериальными средствами, без эффекта, к врачам не обращался.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально.

- * Перенесенные и хронические заболевания: ветряная оспа. Хронический гастрит. Хронический тонзиллит.
- * Хирургические вмешательства: аппендэктомия 15 лет назад.
- * Наследственность: неотягощена.
- * Аллергоanamнез: непереносимости пищевых продуктов и лекарственных препаратов не отмечает.
- * Не курит. Алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- * Патологический кожный процесс носит ограниченный характер.
- * Высыпания локализуются на коже лица, в области бороды и усов и представлены остроконечными желтовато-белыми пустулами размером с булавочную головку, пронизанную волосом, воспалительными узелками ярко-красного цвета. Местами визуализируются желтоватые корочки, единичные эрозии.
- * Субъективно – легкий зуд.
- * Субфебрильная лихорадка до 37,5°C

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- минеральные масла
- эмолиенты
- мазь с мочевиной
- солнцезащитные крема

Результаты обследования

К анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, относят

- связь с бритьем
- хронический гастрит
- длительность заболевания
- возраст пациента

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- связь с бритьем
- хронический гастрит
- длительность заболевания
- возраст пациента

Диагноз

У больных с остеофолликулитом характерным морфологическим элементом являются

- узелки ярко-красного цвета
- желтоватые корочки
- фликтена
- пустулы, пронизанные волосом

Образование желтых корочек в результате ссыхания пустул в данном случае происходит на +_____+ сутки

- 3-4
- 8-10
- 12-15
- 20-25

К характерной локализации при остеофолликулите у мужчин относят

- область бороды и усов
- нижние конечности
- слизистые оболочки
- заушную область

В качестве системной терапии в данном клиническом случае рекомендуется

- амоксициллин
- тофацитиниб
- метотрексат
- апремиласт

Наружно пациенту рекомендуется назначение

- сульфата азола
- хлоргексидина
- клотримазола
- такролимуса

Назначение антибактериальных препаратов системного действия обусловлено наличием

- длительностью заболевания
- ограниченностью процесса
- локализацией высыпаний
- субфебрильной лихорадки

К первичной профилактике остиофолликулита относят

- использование солнцезащитного крема
- прием радоновых ванн
- соблюдение белковой диеты
- антисептическую обработку микротравм

Возбудителем заболевания в данном клиническом случае вероятнее всего является

- *Corynebacterium minutissimum*
- *Staphylococcus aureus*
- *Microsporum canis*
- *Mycobacterium leprae*

При тяжелом течении пиодермии у больных наблюдается изменения анализов в виде

- *Corynebacterium minutissimum*
- *Staphylococcus aureus*
- *Microsporum canis*
- *Mycobacterium leprae*

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мать с мальчиком 12 лет обратились к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже лица, волосистой части головы, сопровождающиеся незначительным зудом.

Анамнез заболевания

Мать пациента сообщила, что первые высыпания появились на коже волосистой части головы 7 дней назад. Постепенно процесс распространился на лицо.

К врачам не обращались, самостоятельно лечились наружными глюкокортикостероидными средствами, после чего отметили ухудшение процесса.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально.

* Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ, ветряная оспа (в 5 лет),

скарлатина (в 4 года) +

Хирургические вмешательства: отрицает.

* Наследственность: у отца псориаз.

* Аллергоanamнез: не отягощен.

* 14 дней назад начал посещать спортивную секцию вольной борьбы.

* Дома живет кошка.

Объективный статус

* Кожный патологический процесс носит распространенный характер.

* Высыпания локализуются на коже волосистой части головы и лица.

* На коже волосистой части головы высыпания представлены мелкими шелушащимися очагами неправильных очертаний с нечеткими границами. Поверхность очагов покрыта белесоватыми чешуйками. Волосы в очагах обломаны на высоте 1-2 мм над кожей.

* Высыпания на коже лица представлены эритематозными пятнами округлых очертаний, с валиком по периферии, с наличием узелков, пузырьков и корочек. В области бровей отмечаются мелкие очаги с незначительным шелушением, волосы в очагах обломлены.

* Ногтевые пластинки не изменены.

* Субъективно беспокоит незначительный зуд.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- *Corynebacterium minutissimum*
- *Staphylococcus aureus*
- *Microsporum canis*
- *Mycobacterium leprae*

Результаты обследования

К анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, относится

- перенесенная скарлатина
- отягощенная наследственность
- посещение спортивной секции
- пол пациента

К характерному клиническому признаку, помогающему установить диагноз, относят наличие

- волос в очагах
- высыпаний на лице
- незначительного зуда

- валика по периферии очага

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- волос в очагах
- высыпаний на лице
- незначительного зуда
- валика по периферии очага

Диагноз

В качестве препарата для системной терапии больному рекомендуется назначение

- метронидазола
- гризеофульвина
- апремиласта
- цефиксима

Рекомендуемая доза гризеофульвина составляет + _____ + мг/кг в сутки

- 12-15
- 8-10
- 21-22
- 1-4

Лечение считается законченным при наличии + _____ + отрицательных результатов исследований

- 3 культуральных
- 2 цитологических
- 3 микроскопических
- 2 гистологических

Интервал между проведением очередного микроскопического исследования на грибы в течение периода терапии должен составлять + _____ + дней

- 5-7
- 20-25
- 10-14
- 26-32

При назначении системных антимикотических препаратов рекомендуется контролировать в крови уровень

- билирубина
- лейкоцитов
- тромбоцитов
- ферритина

Для наружной терапии трихофитии у детей рекомендуется использовать

- бензилбезоат
- адапален
- кетоконазол
- метронидазол

Осмотр контактных лиц в учебном учреждении пациента рекомендуется проводить в первые + ____ + суток

- 3
- 14
- 10
- 7

При выявлении больного с антропофильной трихофитией профилактические мероприятия включают

- 3
- 14
- 10
- 7

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 38 лет обратился на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом. Ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника, боли в области поясницы и мелких суставах кистей.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 5 лет, когда после сильного стресса впервые отметил изменение цвета ногтевых пластинок 1 и 2 пальцев правой кисти. В связи с чем обратился к дерматовенерологу в частный медицинский центр, где был установлен диагноз «Онихомикоз». Получал терапию по поводу

онихомикоза в течение 1 года, без эффекта.

В дальнейшем пациент отметил появление высыпаний на коже туловища, самостоятельно лечился наружными глюкокортикостероидными средствами, с временным положительным эффектом.

3 года назад отметил появление боли в области шеи и поясницы, затем появилось ограничение при движении в области шейного отдела позвоночника. Обращался к травматологам, было рекомендовано физиотерапевтическое лечение, с незначительным эффектом.

3 месяца назад, после перенесенной холецистэктомии, отметил появление свежих высыпаний на коже туловища, верхних и нижних конечностей, боли в области мелких суставов кистей.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ, хронический гастрит, хронический пиелонефрит.
- * Хирургические вмешательства: холецистэктомия 3 месяца назад
- * Наследственность: у матери сахарный диабет, у бабушки по линии отца ревматоидный артрит.
- * Аллергоанамнез: лекарственная аллергия на антибиотики пенициллинового ряда в виде крапивницы, лекарственная аллергия на новокаин в виде отека Квинке.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- * Кожный патологический процесс носит распространенный характер.
- * Высыпания располагаются на коже туловища, верхних и нижних конечностей.
- * Представлены папулами и бляшками ярко-розового цвета, с выраженной инфильтрацией и серебристыми чешуйками на поверхности.
- * При поскабливании бляшек последовательно определяются феномены стеаринового пятна, терминальной пленки и капельного кровотечения.
- * При осмотре отмечается ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника, болезненность 2, 3 пальцев правой кисти, 1 пальца левой кисти, боли в области поясницы.
- * Отмечается умеренная сухость кожных покровов.
- * Ногтевые пластинки кистей и стоп изменены: множественные углубления, желтоватый цвет ногтевых пластинок, подногтевой гиперкератоз.
- * Субъективно – умеренный зуд.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- 3
- 14
- 10
- 7

Результаты обследования

К специфическим симптомам, позволяющим предположить диагноз, относят

- симптом дамского каблучка
- сетку Уикхема
- псориатическую триаду
- шелушение по типу облатки

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза является наличие

- серебристых чешуек
- болей в пояснице
- высыпаний на туловище
- умеренного зуда

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- серебристых чешуек
- болей в пояснице
- высыпаний на туловище
- умеренного зуда

Диагноз

В качестве системной терапии пациенту рекомендуется назначить

- апремиласт
- гидроксихлорохин
- изотретиноин
- барицитиниб

К системным препаратам для лечения псориаза, назначение которого не требует мониторинга лабораторных показателей, относят

- ацитретин
- апремиласт
- метотрексат
- циклоспорин

В случае неэффективности апремиласта рекомендуется назначение

- белимумаба
- амитриптилина
- барицитиниба
- секукинумаба

Начальная доза секукинумаба составляет + _____ + мг

- 150
- 300
- 500
- 600

Препарат секукинумаб вводится больным псориазом

- внутривенно
- внутримышечно
- внутрикожно
- подкожно

Секукинумаб относят к группе

- блокаторов сигнальных путей
- генно-инженерных биологических препаратов
- блокаторов H¹-гистаминовых рецепторов
- антагонистов лейкотриеновых рецепторов

При наличии признаков поражения суставов пациентам с псориазом рекомендована консультация

- хирурга
- ревматолога
- эндокринолога
- физиотерапевта

Для оценки активности поражения позвоночника рекомендуется использовать индекс

- хирурга
- ревматолога
- эндокринолога
- физиотерапевта

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 26 лет обратилась на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом, а также боль и припухлость в области 3-го межфалангового сустава левой кисти.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с 17 лет, когда впервые, после сильного стресса, отметила появление высыпаний на коже волосистой части головы и спины. Обратилась к врачу-дерматовенерологу в частный медицинский центр, где был установлен диагноз «Себорейный дерматит», назначена наружная терапия топическими глюкокортикостероидами, с временным положительным эффектом.

Спустя несколько месяцев высыпания начали распространяться на кожу верхних и нижних конечностей, появились жалобы на боль и припухлость в области межфалангового сустава третьего пальца левой кисти.

Обратилась к врачу-травматологу-ортопеду по месту жительства. Был назначен курс физиотерапии на область сустава, без эффекта.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Хронический пиелонефрит.
- * Гинекологический анамнез: беременность 1, аборт 1.
- * Хирургические вмешательства: отрицает.
- * Наследственность: у матери витилиго. У бабушки по линии матери себорейный дерматит.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Курит, стаж 5 лет, по 1/2 пачке в день. Злоупотребление алкоголем отрицает.
- * Часто посещает солярии.

Объективный статус

- * Кожный патологический процесс носит распространенный характер.
- * Высыпания локализуются на коже волосистой части головы с переходом на кожу лба и заушной области, туловища, верхних и нижних конечностей.
- * Представлены множественными папулами и бляшками, сливающимися между собой в обширные очаги поражения, ярко-красного цвета, размерами до 2-3 см в диаметре с четкими границами и выраженной инфильтрацией, покрытые чешуйками серебристо-белого цвета.
- * При поскрабливании бляшки последовательно определяются феномен стеаринового пятна, терминальной пленки, капельного кровотечения.
- * Отмечается болезненность и припухлость межфалангового сустава третьего

пальца левой кисти.

* Отмечается умеренная сухость кожных покровов.

* Ногтевые пластинки кистей и стоп изменены: отмечаются множественные углубления, желтоватый цвет.

* Субъективно – умеренный зуд.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- хирурга
- ревматолога
- эндокринолога
- физиотерапевта

Результаты обследования

К анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, относят

- длительность заболевания
- появление высыпаний после стресса
- пол пациентки
- витилиго у матери

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза является наличие

- высыпаний на коже головы
- поражения суставов
- псориатической триады
- умеренной сухости кожи

Появление влажной, тонкой, блестящей, просвечивающей поверхности при поскабливании бляшки характерно для феномена

- терминальной пленки
- кровяной росы
- стеаринового пятна
- сетки Уикхема

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- терминальной пленки
- кровяной росы
- стеаринового пятна
- сетки Уикхема

Диагноз

В качестве системной терапии пациенту рекомендовано назначение

- преднизолона
- метотрексата
- изотретиноина
- белилумаба

Для снижения вероятности развития нежелательных явлений на фоне терапии метотрексатом рекомендуется назначение

- аминокислот
- витаминов группы В
- кальция глюконата
- фолиевой кислоты

При выраженном шелушении в очагах поражения кожи рекомендуется назначение наружных средств, содержащих

- мочевины
- кальципотриол
- цинка пиритион
- салициловую кислоту

Назначение пациенту препаратов системного действия обусловлено

- возрастом пациентки
- поражением волосистой части головы
- тяжестью псориаза
- длительностью псориаза

Препарат метотрексат вводится больным псориазом

- ингаляционно
- внутримышечно
- внутрикожно
- интраназально

Изменения в суставах у пациентки позволяют заподозрить развитие

- синдрома Нетертона
- сахарного диабета
- псориатического артрита
- болезни Рейтера

Переход высыпаний с кожи волосистой части головы на кожу лба относится к проявлениям симптома

- синдрома Нетертона
- сахарного диабета
- псориатического артрита
- болезни Рейтера

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 46 лет обратился на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей. Боль в области поясницы, коленных и голеностопных суставов.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 30 лет, когда впервые, после перенесенного стресса, отметил появление высыпаний на коже заушных областей.

За медицинской помощью не обращался, самостоятельно не лечился.

В течение первых 3х лет высыпания постепенно распространились на кожу туловища, верхних и нижних конечностей. В связи с чем пациент обратился к дерматовенерологу в частный медицинский центр. Периодически получал курсы фототерапии, десенсибилизирующей и наружной терапии, с кратковременным положительным эффектом.

2 года назад пациент отметил появление болей в области поясницы.

К ревматологам не обращался.

В частном медицинском центре получал терапию метотрексатом внутримышечно в течение 1 года, с незначительным эффектом.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально.

* Перенесенные и хронические заболевания: гепатит С (состоит на учете в течение 5 лет). Ожирение 2 степени.

* Хирургические вмешательства: аппендэктомия в 10 лет.

* Наследственность: не отягощена.

* Аллергоанамнез: лекарственная аллергия на новокаин в виде крапивницы.

* Курит, стаж 25 лет, 1 пачка в день. Злоупотребляет алкоголем (пиво).

Объективный статус

* Кожный патологический процесс носит распространенный хронический характер.

- * Высыпания локализуются на коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей.
- * Представлены множественными папулами и бляшками ярко-красного цвета, с выраженной инфильтрацией и чешуйко-корками на поверхности.
- * На коже стоп отмечаются очаги гиперкератоза желтоватого цвета.
- * Ногтевые пластинки кистей и стоп изменены: отмечаются множественные углубления, желтоватый цвет ногтевых пластинок, подногтевой гиперкератоз.
- * При поскабливании бляшки определяется капельное кровотечение.
- * При осмотре наблюдается отечность, гиперемированность голеностопных и коленных суставов, ограничение движения в области поясницы.
- * Субъективно – боли в области поясницы, коленных и голеностопных суставов.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- синдрома Нетертона
- сахарного диабета
- псориатического артрита
- болезни Рейтера

Результаты обследования

К анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, относят

- возраст пациента
- длительность заболевания
- связь высыпаний со стрессом
- пол пациента

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза является наличие

- болей в области поясницы
- распространенных высыпаний
- феномена кровяной росы
- подошвенного гиперкератоза

Феномен кровяной росы при псориазе проявляется в виде

- усиления шелушения
- множественных экхимозов
- точечного кровотечения
- теленагиэктазий

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- усиления шелушения
- множественных экхимозов
- точечного кровотечения
- теленагиэктазий

Диагноз

В качестве системной терапии пациенту рекомендуется назначить

- барицитиниб
- изотретиноин
- апремиласт
- белимумаб

В случае отсутствия клинического эффекта может быть рекомендовано назначение комбинированной терапии метотрексата с

- магнитотерапией
- антибиотикотерапией
- наружной терапией
- фототерапией

К методам фототерапии, используемой в комбинации с метотрексатом, относят

- ПУВА-терапию
- фонофорез
- лазеротерапию
- диатермию

Назначение препаратов системного действия пациенту обусловлено наличием

- длительного течения
- ожирения
- гепатита С
- тяжелой степени заболевания

Диспансерное наблюдение пациентов с псориазом должно проводиться специалистом

- дерматовенерологом
- кардиологом
- эндокринологом

- пульмонологом

После достижения ремиссии пациентам с псориазом можно рекомендовать реабилитацию в виде

- поездки в горы
- санаторно-курортного лечения
- снижения физической нагрузки
- базисной терапии эмолиентами

Боли в области поясницы у пациента могут быть признаком

- поездки в горы
- санаторно-курортного лечения
- снижения физической нагрузки
- базисной терапии эмолиентами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 60 лет обратилась на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 3 лет, когда впервые отметила появление высыпаний на коже живота в виде «пятен» цвета слоновой кости.

К врачам не обращалась, самостоятельно лечилась смягчающими кремами, без эффекта. Со временем высыпания распространились на кожу верхних и нижних конечностей.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Перенесенные и хронические заболевания: ИБС. Гипертоническая болезнь 2 стадия 3 степень риск 4. Экзогенно-конституциональное ожирение 3 степени. Гиперхолестеринемия.
- * Хирургические вмешательства: отрицает.
- * Наследственность: у матери псориаз.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Не курит. Алкоголь не употребляет.

Объективный статус

- * Патологический кожный процесс носит распространенный характер.

- * Высыпания локализуются на коже туловища, верхних и нижних конечностей.
- * Представлены пятнами розового цвета, округлой формы, с четкими границами и воспалительным венчиком лилового цвета по периферии высыпаний. Кожа в очагах поражения собирается в складку, наблюдается восковидный блеск на поверхности высыпаний.
- * Отмечается умеренная сухость кожных покровов.
- * Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- поездки в горы
- санаторно-курортного лечения
- снижения физической нагрузки
- базисной терапии эмолиентами

Результаты обследования

К анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, относят

- пол пациентки
- отягощенную наследственность
- гиперхолестеринемию
- избыточный вес

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза является

- воспалительный венчик лилового цвета
- сухость кожи
- отсутствие зуда
- локализация элементов на туловище

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- воспалительный венчик лилового цвета
- сухость кожи
- отсутствие зуда
- локализация элементов на туловище

Диагноз

К показателям активности процесса при локализованной склеродермии относят наличие

- воспалительного венчика
- застойных пятен
- гиперпигментации
- восковидного блеска

При локализованной склеродермии пациенту рекомендовано назначение

- фонофореза
- диатермии
- УФА-1 терапии
- электрофореза

Для проведения наружной терапии при локализованной склеродермии рекомендован крем

- мометазон
- диметинден
- сульфатиозол
- адапален

При локализованной склеродермии топические глюкокортикостероиды рекомендуется назначать в виде

- присыпок
- примочек
- компрессов
- аппликаций

В качестве дополнительного метода лечения при локализованной склеродермии возможно назначение процедур фонофореза с препаратом

- хлоргексидин
- гиалуронидаза
- глюконат кальция
- натрия тиосульфат

Для исключения системной склеродермии рекомендуется определение в сыворотке крови уровня

- иммуноглобулина класса E
- общего холестерина
- антинуклеарного фактора
- антител к тиреоглобулину

Для исключения системной склеродермии рекомендуется консультация

- кардиолога
- инфекциониста
- ревматолога
- эндокринолога

К методам профилактики при локализованной склеродермии относят ограничение

- кардиолога
- инфекциониста
- ревматолога
- эндокринолога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 26 лет обратился на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на слизистой оболочке рта, на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом в вечернее время.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 8 месяцев, когда впервые отметил появление высыпаний на головке полового члена. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно использовал крем клотримазол с положительным эффектом в виде регресса высыпаний. Через 1,5-2 месяца после травматизации (царапина) на коже тыльной поверхности левой кисти отметил появление высыпаний красного цвета. Обратился к терапевту по месту жительства, где была назначена терапия наружными кортикостероидами, с кратковременным эффектом. В дальнейшем появились множественные высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождавшиеся интенсивным зудом. Обратился к дерматовенерологу в частный медицинский центр, где был установлен диагноз «Аллергический дерматит», проведена десенсибилизирующая, антигистаминная, наружная терапия, без эффекта.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Хронический холецистит.
- * Хирургические вмешательства: отрицает.
- * Наследственность: у бабушки по линии матери atopический дерматит, у сестры бронхиальная астма.

- * Аллергоанамнез: поллиноз.
- * Курит, стаж 10 лет, по 1 пачке в день. Злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

- * Патологический кожный процесс носит распространенный симметричный характер.
- * На слизистой оболочке рта, преимущественно в области щек, наблюдаются сливающиеся папулы, напоминающие рисунок "кружева" белесоватого цвета.
- * На коже верхних конечностей (плеч, предплечий), туловища (поясничной области, груди, живота), нижних конечностей (бедер, голеней, стоп) наблюдаются множественные плоские полигональные папулы диаметром 2-5 мм, местами сливающиеся между собой, с вдавлением в центре, розового цвета с фиолетовым оттенком, при боковом освещении отмечается восковидный блеск. На поверхности высыпаний имеются плотно-прилегающие чешуйки.
- * На коже ладонной поверхности кистей с переходом на область запястий симметрично располагаются фиолетовые округлые папулы диаметром до 7 мм, склонные к слиянию, с чешуйко-корками на поверхности.
- * На поверхности более крупных узелков, после смазывания маслом, можно обнаружить сетевидный рисунок.
- * Отмечается умеренная сухость кожных покровов.
- * Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены.
- * Субъективно – умеренный зуд в вечернее время.

Для подтверждения диагноза основным методом обследования является

- кардиолога
- инфекциониста
- ревматолога
- эндокринолога

Результаты обследования

Значимыми анамнестическими данными, способствующими постановке диагноза, являются

- связь высыпаний с травматизацией
- длительность заболевания
- поллиноз в анамнезе
- возраст пациента

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза является наличие

- умеренной сухости кожи
- вечернего зуда
- измененных ногтей
- полигональных папул

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- умеренной сухости кожи
- вечернего зуда
- измененных ногтей
- полигональных папул

Диагноз

При распространенных высыпаниях пациенту рекомендовано назначение

- преднизолона
- изотретиноина
- барицитиниба
- секукинумаба

Рекомендуемая доза преднизолона составляет + _____ + мг в сутки

- 5-10
- 1-2
- 20-30
- 35-50

Для купирования зуда при красном плоском лишае рекомендуется назначать

- хлорохин
- клемастин
- циклоспорин
- ацитретин

При наличии ограниченных высыпаний пациентам рекомендуется назначать наружно

- клотримазол
- фузидиевую кислоту
- цинка пиритион
- бетаметазон

Появление плоских папул диаметром 2–5 мм, с полигональными очертаниями, с вдавлением в центре, розовато-красного цвета с характерным

**фиолетовым оттенком и восковидным блеском характерно для
+ _____ + формы красного плоского лишая**

- гипертрофической
- атрофической
- типичной
- пигментной

При типичной форме красного плоского лишая часто поражаются

- слизистые оболочки
- ладони и подошвы
- ногтевые пластинки
- подмышечные области

Появление свежих высыпаний после травматизации в данном клиническом случае относится к проявлениям симптома

- Никольского
- Ауспица
- сетки Уикхема
- реакции Кёбнера

Появление сетевидного рисунка после смазывания маслом поверхности крупных папул характерно для

- Никольского
- Ауспица
- сетки Уикхема
- реакции Кёбнера

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 65 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже туловища справа, сопровождающиеся жжением и болезненностью, общую слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

Пациент сообщил, что высыпания появились внезапно 2 дня назад.

Накануне появления высыпаний отмечал интенсивные ноющие боли в правой половине туловища. Самостоятельно не лечился.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: артериальная гипертензия.

Наследственность не отягощена.

Аллергоанамнез не отягощен.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

У близких родственников заболеваний кожи нет.

Объективный статус

Поражение кожи островоспалительного характера.

Сыпь асимметрична, локализуется на коже переднебоковой поверхности туловища справа по ходу реберной дуги.

Высыпания представлены сгруппированными мелкими везикулезными высыпаниями с прозрачным опалесцирующим мутноватым содержимым.

Везикулы имеют различную величину (от 0,2 до 5 мм), напряженную покрывку, полусферическую форму и располагаются на фоне отечной ярко-красной эритемы.

Видимые слизистые оболочки не поражены. Кожа вне очагов поражения нормальной окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены. Лимфатические узлы не увеличены.

Температура тела 37,6°C.

Субъективно поражение кожи сопровождается выраженным жжением и болезненностью.

Диагностически значимым первичным морфологическим элементом, типичным для заболевания, является

- Никольского
- Ауспица
- сетки Уикхема
- реакции Кёбнера

Результаты обследования

Клиническая картина заболевания соответствует диагнозу

- Никольского
- Ауспица
- сетки Уикхема
- реакции Кёбнера

Диагноз

Элементы сыпи при опоясывающем лишае располагаются в области

- обильного кровоснабжения
- с рыхлой подкожно-жировой клетчаткой
- иннервации одного сенсорного ганглия
- с тонким роговым слоем

При опоясывающем герпесе рекомендовано назначение

- валацикловира
- невирапина
- тенофовира
- умифеновира

Лечение опоясывающего герпеса валацикловиrom перорально у взрослых рекомендовано в дозе +_____+ мг 3 раз в сутки

- 200
- 750
- 1000
- 100

Проводить терапию опоясывающего герпеса у взрослых валацикловиrom перорально рекомендовано в течение +__+ дней

- 14
- 7
- 3
- 20

При назначении валацикловира пациентам пожилого возраста необходимо учитывать возможное нарушение функции

- щитовидной железы
- органа зрения
- предстательной железы
- почек

Частыми побочными эффектами при назначении валацикловира являются

- тахикардия, нарушение ритма сердца
- нарушение аккомодации, сужение полей зрения
- головная боль, тошнота
- повышение аппетита, прибавка веса

Для местного лечения опоясывающего герпеса рекомендованы растворы

- глюкокортикостероидных препаратов
- анилиновых красителей
- антимикотиков
- хлоргексидина

При диссеминированных формах опоясывающего герпеса возможна передача инфекции + _____ + путем

- воздушно-капельным
- трансмиссивным
- непрямым контактным
- фекально-оральным

При лечении опоясывающего лишая у пациентов с почечной недостаточностью коррекция дозы ацикловира проводится с учетом

- остаточного азота крови
- клиренса креатинина
- скорости клубочковой фильтрации
- мочевины крови

Этиологическим фактором опоясывающего герпеса является вирус герпеса + _____ + типа

- остаточного азота крови
- клиренса креатинина
- скорости клубочковой фильтрации
- мочевины крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 25 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже кистей, сопровождающиеся выраженным зудом.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение двух лет. Появление первых высыпаний связывает с контактом с лакокрасочными материалами (работает столяром). После прекращения контакта высыпания самостоятельно регрессировали. С течением времени стал отмечать появление высыпаний на фоне употребления

отдельных пищевых продуктов, нервного перенапряжения.

Последнее обострение – в течение 1 недели, связывает со стрессом, связанным с бракоразводным процессом. Самостоятельно не лечился.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: хронический гастродуоденит в стадии неполной ремиссии.

Наследственность не отягощена.

Аллергоанамнез: из пищевых продуктов отмечает непереносимость яиц, рыбы в виде появления высыпаний.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Профессия: столяр.

У близких родственников заболеваний кожи нет.

Объективный статус

Поражение кожи воспалительного характера. Сыпь симметрична, локализуется на коже тыла кистей, ладонных и боковых поверхностей пальцев рук.

Высыпания полиморфны, представлены многочисленными мелкими везикулами на фоне нечетко ограниченных островков ярко-красной гиперемированной инфильтрированной кожи; при этом отмечается чередование здоровых и пораженных участков. Точечные мокнущие эрозии местами покрыты желтоватыми серозными корочками. В области очагов поражения наблюдаются многочисленные болезненные трещины до 0,5 см в длину, точечные и линейные эксфолиации, мелкопластинчатое шелушение. Дермографизм красный, нестойкий. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Лимфатические узлы не увеличены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены.

Субъективно в области высыпаний беспокоит интенсивный зуд, нарушающий сон пациента.

Важное патогенетическое значение в развитии и дальнейшем течении заболевания имеет сопутствующая патология + _____ + системы

- остаточного азота крови
- клиренса креатинина
- скорости клубочковой фильтрации
- мочевины крови

Результаты обследования

Клиническая картина заболевания соответствует диагнозу

- остаточного азота крови
- клиренса креатинина
- скорости клубочковой фильтрации
- мочевины крови

Диагноз

Клиническая картина соответствует + _____ + форме заболевания

- идиопатической
- паратравматической
- тилотической
- микотической

Появление на эритематозной и отечной коже везикул, точечных эрозий с мокнутием («серозных колодцев»), серозных корочек и эксфолиаций характерно для + _____ + стадии истинной экземы

- подострой
- отечной
- острой
- хронической

Идиопатическая экзема является разновидностью + _____ + экземы

- микробной
- паратравматической
- дисгидротической
- истинной

В острой стадии истинной экземы рекомендуется назначение + _____ + препаратов

- иммуномодулирующих
- нестероидных противовоспалительных
- антигистаминных
- антималярийных

Антигистаминный препарат хифенадин рекомендован к назначению в дозе + _____ + мг перорально 2 раза в сутки в течение 5-10 дней

- 10
- 50

- 25
- 1

При острой экземе, сопровождающейся явлениями экссудации, наружно рекомендованы

- водные растворы в форме примочки
- водно-спиртовые растворы в форме компресса
- пасты
- кремы

Примочка при острой экземе оказывает + _____ + действие

- увлажняющее
- вяжущее
- мумифицирующее
- кератолитическое

Для купирования острой стадии экзематозного процесса, сопровождающегося отеком, гиперемией, экссудацией, рекомендовано назначение топических глюкокортикостероидов в форме

- спрея
- пасты
- крема
- мази

Глюкокортикостероидным препаратом в форме спрея, рекомендованным для купирования острой стадии экземы, является

- гидрокортизона 17-бутират 0,1%
- алклометазона дипропионат 0,05%
- клобетазола пропионат 0,05%
- бетаметазона дипропионат 0,05%

Для профессиональной экземы характерно

- гидрокортизона 17-бутират 0,1%
- алклометазона дипропионат 0,05%
- клобетазола пропионат 0,05%
- бетаметазона дипропионат 0,05%

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 26 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся и чувством стягивания кожи, а также на высыпания в области слизистой оболочки рта, сопровождающиеся жжением и болезненностью. Ощущает слабость и недомогание.

Анамнез заболевания

Пациентка сообщила, что первые высыпания на коже туловища появились внезапно 10 дней назад. Одновременно с появлением высыпаний отметила рецидив простого герпеса лабиальной области. Через 5 дней явления простого герпеса регрессировали, в то же время высыпания на туловище стали более обильными, распространились на конечности. Самостоятельно не лечилась.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: хронический гастрит. 2-3 раза в год отмечает рецидивирующие высыпания простого герпеса.

Наследственность не отягощена.

Аллергоанамнез: 3 месяца назад отмечала явления аллергического контактного дерматита после применения новых моющих средств.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Ведет беспорядочную половую жизнь, постоянного партнера не имеет.

У близких родственников заболеваний кожи нет. 2 месяца назад была в гостях у подруги, ребенок которой болел чесоткой.

Объективный статус

Поражение кожи островоспалительного характера. Сыпь симметрична, полиморфна, локализуется на коже туловища, верхних и нижних конечностей (включая ладони и подошвы), слизистой оболочке рта.

Высыпания обильные, представлены мишеневидными очагами от 0,3 до 1,5 см в диаметре с четко очерченными краями, в структуре которых отчетливо различимы три зоны: центральная округлая эритема ярко-красного цвета, окружающее ее кольцо пальпируемого бледного отечного участка, и тонкое наружное кольцо эритемы. Центральная зона некоторых очагов представлена пузырьком или пузырем с напряженной покрывкой и прозрачным содержимым. Мишеневидные элементы в области спины сливаются между собой, образуя крупные очаги сплошной эритемы. На местах разрешившихся высыпаний наблюдается среднепластинчатое шелушение кожи.

На слизистой ротовой полости видны многочисленные эрозии.

Кожа вне очагов поражения нормальной бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены. Лимфатические узлы не увеличены.

Субъективно в области высыпаний на коже беспокоит ощущение стягивания кожи; в области высыпаний на слизистых оболочках - резкая болезненность. Отмечает чувство слабости, общее недомогание.

Важными для диагностики анамнестическими данными является указание на

- гидрокортизона 17-бутират 0,1%
- алклометазона дипропионат 0,05%
- клобетазола пропионат 0,05%
- бетаметазона дипропионат 0,05%

Результаты обследования

Клиническая картина заболевания соответствует диагнозу

- гидрокортизона 17-бутират 0,1%
- алклометазона дипропионат 0,05%
- клобетазола пропионат 0,05%
- бетаметазона дипропионат 0,05%

Диагноз

Клиническая картина наиболее всего соответствует + _____ + форме заболевания

- легкой
- кольцевидной
- отечной
- тяжелой

Для многоформной эритемы характерно наличие мишеневидных очагов менее + ___ + см в диаметре

- 8
- 15
- 3
- 12

Для местной терапии многоформной эритемы рекомендуется назначение топических

- ретиноидов
- антибактериальных препаратов
- глюкокортикостероидных препаратов
- препаратов кальципотриола

При тяжелой форме многоформной эритемы рекомендуется назначение системных

- синтетических ретиноидов
- глюкокортикостероидных препаратов
- антибиотиков широкого спектра
- цитостатических препаратов

При тяжелой форме многоформной эритемы у взрослых рекомендуется назначение преднизолона в дозе + _____ + мг в сутки перорально

- 5-7
- 40-60
- 10-20
- 200-300

При ассоциации многоформной эритемы с вирусом простого герпеса, рекомендуется назначение противовирусного препарата

- тенофовир
- умифеновир
- невирапин
- ацикловир

При ассоциации многоформной эритемы с вирусом простого герпеса рекомендуется назначение ацикловира в дозе + _____ + мг перорально 5 раз в сутки в течение 5-7 дней

- 800
- 100
- 400
- 200

Противопоказанием к назначению антигистаминного препарата клоропирамин в таблетированной форме является

- непереносимость лактозы
- надпочечниковая недостаточность
- подагра

- язвенная болезнь желудка

Причиной развития многоформной эритемы может явиться

- прием лекарственных препаратов
- избыточная инсоляция
- воздействие низких температур
- укус клеща

При разрешении элементов многоформной эритемы у больных формируются

- прием лекарственных препаратов
- избыточная инсоляция
- воздействие низких температур
- укус клеща

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 65 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На зудящие высыпания на коже голеней и тыльной поверхности стоп, ощущение "тяжести в ногах".

Анамнез заболевания

Пациент сообщил, что первые высыпания, сопровождавшиеся незначительным эпизодическим зудом, появились 6 месяцев назад. С течением времени количество высыпаний увеличилось, последние две недели состояние резко ухудшилось, появилось мокнутие, зуд стал более интенсивным. Самостоятельно не лечился.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: варикозное расширение вен нижних конечностей.

Наследственность: в анамнезе псориаз у отца пациента.

Аллергоанамнез не отягощен.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

У близких родственников заболеваний кожи нет. Пациент отмечает укус клеща три недели назад во время пребывания на даче. Около месяца назад пребывал в одном помещении с ребенком, больным краснухой.

Объективный статус

Поражение кожи хронического воспалительного характера. Высыпания

локализуются на коже голеней и тыла стоп. Сыпь симметрична, полиморфна, представлена многочисленными мелкими везикулезными и папулезными элементами на фоне застойно-красной гиперемированной кожи, в пределах которой наблюдаются многочисленные крупные (до 5 см в диаметре) мокнущие эрозии с мелкофестончатыми очертаниями. Эрозии частично покрыты желтовато-коричневыми тонкими рыхлыми неплотно прикрепленными корочками. Некоторые участки кожи в пределах поражения склерозированы.

Дермографизм красный, нестойкий. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Лимфатические узлы не увеличены. Ногтевые пластинки кистей не изменены. Ногтевые пластинки стоп желтоватого цвета, тусклые, утолщенные, деформированные.

Субъективно в области высыпаний беспокоит интенсивный зуд; отмечает появление ощущения «тяжести в ногах» преимущественно к вечеру.

Важными для диагностики анамнестическими данными является

- прием лекарственных препаратов
- избыточная инсоляция
- воздействие низких температур
- укус клеща

Результаты обследования

Клиническая картина заболевания соответствует диагнозу

- прием лекарственных препаратов
- избыточная инсоляция
- воздействие низких температур
- укус клеща

Диагноз

Клиническая картина соответствует + _____ + форме заболевания

- дисгидротической
- варикозной
- тилотической
- пруригинозной

Появление на эритематозной и отечной коже везикул, точечных эрозий с мокнутием («серозных колодцев»), серозных корочек и эксфолиаций характерно для + _____ + стадии экземы

- острой
- хронической
- подострой
- отечной

Варикозная экзема является разновидностью + _____ + экземы

- истинной
- микробной
- дисгидротической
- роговой

При микробной экземе рекомендуется наружная терапия

- антибактериальными препаратами
- препаратами с мочевиной в высоких концентрациях
- препаратами с салициловой кислотой в высоких концентрациях
- ретиноидами

При острой экземе, сопровождающейся явлениями экссудации, наружно рекомендованы

- мази
- водные растворы в форме примочки
- водно-спиртовые растворы в форме компресса
- пасты

Примочка при острой экземе оказывает + _____ + действие

- кератолитическое
- рассасывающее
- вяжущее
- смягчающее

Для купирования острой стадии экзematозного процесса, сопровождающегося отеком, гиперемией, экссудацией, рекомендовано назначение топических глюкокортикостероидов в форме

- спрея
- крема

- мази
- пасты

В случае ухудшения патологического процесса, явлениях лимфангита, лимфаденита, повышения температуры, рекомендуется системное назначение

- препаратов хинолинового ряда
- ретиноидов
- противогрибковых препаратов
- антибактериальных препаратов

При выраженном зуде рекомендуется применение транквилизатора с антигистаминным действием

- терфенадина
- хифенадина
- астемизола
- гидроксизина

Согласно Европейской классификации J.A. Millier и D.D. Munro, выделяют _____ потенциальной активности топических глюкокортикостероидных препаратов

- терфенадина
- хифенадина
- астемизола
- гидроксизина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 38 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже ладоней и подошв, сопровождающиеся чувством стягивания кожи.

Анамнез заболевания

Пациент сообщил, что первые высыпания появились внезапно неделю назад, вскоре после того, как по назначению ревматолога по поводу подагры внутрь начал принимать препарат аллопуринол. В течение 7 дней количество высыпаний толчкообразно увеличивалось. Самостоятельно не лечился.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: подагра вне обострения.

Наследственность: мать пациента страдает вульгарным псориазом.

Аллергоанамнез не отягощен.

Алкоголем не злоупотребляет. Курит в течение многих лет по 1 пачке сигарет в день.

Пациент сообщил, что три дня назад имел незащищенный половой контакт с малознакомой девушкой.

Объективный статус

Поражение кожи островоспалительного характера. Сыпь симметрична, полиморфна, локализуется на коже ладоней и подошв.

Высыпания представлены мишеневидными очагами до 1,5 см в диаметре с четко очерченными краями, в структуре которых отчетливо различимы три зоны: центральная - округлая эритематозно-синюшного цвета, окружающее ее кольцо пальпируемого бледного отека участка и тонкое наружное кольцо эритемы. Центральная зона некоторых очагов представлена плотной везикулой с напряженной покрывкой и прозрачным содержимым. Отдельные мишеневидные очаги сливаются между собой.

Общее состояние не нарушено. Слизистые оболочки не поражены. Кожа вне очагов поражения нормальной бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены. Лимфатические узлы не увеличены.

Субъективно в области высыпаний на коже беспокоит ощущение стягивания кожи.

Важными анамнестическими данными для постановки диагноза является указание на

- терфенадина
- хифенадина
- астемизола
- гидроксизина

Результаты обследования

Клиническая картина заболевания соответствует диагнозу

- терфенадина
- хифенадина
- астемизола
- гидроксизина

Диагноз

Клиническая картина соответствует + _____ + форме заболевания

- тяжелой
- кольцевидной
- легкой
- отечной

Наиболее часто многоформная эритема наблюдается в + _____ + возрасте

- молодом
- детском
- младенческом
- пожилым

Для топической терапии многоформной эритемы рекомендуется назначение наружно

- ретиноидов
- азелаиновой кислоты
- глюкокортикостероидных препаратов
- антибактериальных препаратов

Наружно рекомендуется назначение топических глюкокортикостероидных препаратов, в частности

- диметилсульфоксида
- метилпреднизолона ацепоната
- бензоила пероксида
- пимекролимуса

Рекомендуется пероральное назначение антигистаминных препаратов, в частности

- хлорохина
- гидроксихлорохина
- хлоропирамина
- диметилсульфоксида

Хлоропирамин рекомендуется перорально в дозе + ___ + мг 2-3 раза в сутки

- 25
- 50
- 100

- 70

Лоратадин назначается в дозе +___+ мг перорально 1 раз в сутки в течение 7–10 дней

- 10
- 50
- 20
- 30

Противопоказанием к парентеральному назначению антигистаминного препарата хлоропирамин является

- глаукома
- язвенная болезнь желудка
- анемия
- подагра

При длительном местном применении метилпреднизолона ацепоната возможно развитие побочных эффектов в виде

- уменьшения роста волос
- появления язвенных дефектов
- гиперкератоза, снижения чувствительности
- атрофии, телеангиэктазий

Разрешение высыпаний многоформной эритемы происходит

- уменьшения роста волос
- появления язвенных дефектов
- гиперкератоза, снижения чувствительности
- атрофии, телеангиэктазий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 66 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся слабым зудом.

Анамнез заболевания

Пациентка сообщила, что первые высыпания появились более 8 месяцев назад.

Постепенно количество высыпаний увеличивалось, появился слабый зуд. По назначению дерматолога получала антигистаминные препараты, топические глюкокортикостероиды и препарат хлорохин в течение 4 месяцев, практически без положительного эффекта.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: артериальная гипертензия, хронический риносинусит.

Наследственность не отягощена.

Аллергоанамнез не отягощен.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

У близких родственников заболеваний кожи нет.

Объективный статус

Поражение кожи хронического воспалительного характера. Сыпь симметрична, полиморфна, локализуется в области сгибательных поверхностей лучезапястных суставов, боковых поверхностей туловища, груди, поясницы, на коже голеней и тыла стоп. Высыпания представлены густо расположенными на отдельных участках тела и местами сливающимися пятнами от 2 мм до 2 см в диаметре.

Пятна имеют буроватую окраску с фиолетовым оттенком, неправильные очертания, четкие границы. На коже сгибательных поверхностей лучезапястных суставов видны единичные мелкие (2-3 мм в диаметре) полигональные папулы плоской формы розовато-красного цвета с сиреневатым оттенком. При боковом освещении отчетливо виден восковидный блеск папул и центральное вдавление на их поверхности. При смачивании поверхности папул маслом можно обнаружить белесоватый сетевидный рисунок.

Слизистые оболочки не поражены. Кожные покровы смуглые. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Волосы не изменены. Ногтевые пластинки кистей имеют продольные борозды на поверхности. Ногти стоп без патологических изменений. Лимфатические узлы не увеличены.

Субъективно в области высыпаний беспокоит слабый зуд.

При необходимости проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи рекомендовано провести

- уменьшения роста волос
- появления язвенных дефектов
- гиперкератоза, снижения чувствительности
- атрофии, телеангиэктазий

Результаты обследования

Диагностически значимым первичным морфологическим элементом в клинической картине данного заболевания является

- бляшка
- узел
- бугорок
- папула

Клиническая картина заболевания соответствует диагнозу

- бляшка
- узел
- бугорок
- папула

Диагноз

Белесоватый сетевидный рисунок, выявленный при нанесении на сгруппированные папулы капли масла, является симптомом

- Арди
- сетки Уикхема
- скрытого шелушения
- Кебнера

Клиническая картина соответствует + _____ + форме заболевания

- атрофической
- гипертрофической
- фолликулярной
- пигментной

Учитывая незначительный эффект от хинолиновых препаратов в анамнезе, может быть рекомендована терапия

- нестероидными противовоспалительными препаратами
- местными препаратами на основе гидрохинона
- системными глюкокортикостероидными препаратами
- низкоинтенсивным лазерным излучением красного спектра

Рекомендуемая доза преднизолона составляет + ____ + мг в сутки перорально

- 60
- 5-10
- 100

- 20-30

Рекомендуемая продолжительность перорального приема преднизолона в дозе 20-30 мг в сутки составляет

- 7 дней
- 1-2 месяца
- 5-6 месяцев
- 2 недели

В случае неэффективности проводимой терапии, рекомендуется назначение

- озонотерапии
- ацитретина
- иглорефлексотерапии
- дапсона

Ацитретин при красном плоском лишае назначается в дозе + ____ + мг в сутки перорально в течение 3-8 недель

- 30
- 60
- 100
- 10

Ацитретин противопоказан при

- тяжелой почечной недостаточности
- железодефицитной анемии
- эссенциальной артериальной гипертензии
- катаракте

Противопоказанием к назначению ацитретина является одновременная терапия

- тяжелой почечной недостаточности
- железодефицитной анемии
- эссенциальной артериальной гипертензии
- катаракте

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 42 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже стоп, сопровождающиеся выраженным зудом, а также болезненностью в области трещин при ходьбе.

Анамнез заболевания

Пациентка сообщила, что первые высыпания, появились около года назад. С течением времени количество высыпаний увеличилось, зуд нарастал. Самостоятельно не лечилась.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: желчекаменная болезнь.

Наследственность не отягощена.

Аллергоанамнез: непереносимости пищевых продуктов и лекарственных препаратов не отмечает.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

У близких родственников заболеваний кожи нет.

Объективный статус

Поражение кожи хронического воспалительного характера. На коже подошвенной поверхности стоп отмечаются застойно-красные эритематозные очаги, в пределах которых видны массивные плотные гиперкератотические наслоения желтоватого цвета, глубокие линейные трещины.

Дермографизм красный, нестойкий. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены.

Лимфатические узлы не увеличены. Ногтевые пластинки кистей не изменены.

Ногтевые пластинки стоп желтоватого цвета, тусклые, деформированные.

Субъективно в области высыпаний беспокоит интенсивный зуд. Трещины кожи болезненные, при ходьбе кровоточат.

Важное патогенетическое значение в развитии и дальнейшем течении заболевания имеет сопутствующая патология + _____ + системы

- тяжелой почечной недостаточности
- железодефицитной анемии
- эссенциальной артериальной гипертензии
- катаракте

Результаты обследования

Клиническая картина заболевания соответствует диагнозу

- тяжелой почечной недостаточности
- железодефицитной анемии
- эссенциальной артериальной гипертензии
- катаракте

Диагноз

Клиническая картина соответствует + _____ + форме заболевания

- дисгидротической
- микробной
- пруригинозной
- тилотической

Тилотическая экзема является разновидностью _____ экземы

- нумулярной
- истинной
- микробной
- дисгидротической

При экземе рекомендуется наружная терапия

- бензоила пероксидом
- препаратами с азелаиновой кислотой
- препаратами с кальципотриолом
- глюкокортикостероидами

В случаях торпидности к проводимой терапии при тилотической экземе рекомендуется назначение

- этанерцепта
- ацитретина
- инфликсимаба
- адалимумаба

Ацитретин относится к группе

- антимикотиков
- антигистаминных препаратов
- пептидных антибиотиков

- синтетических ретиноидов

Ацитретин при тилотической экземе рекомендуется в дозе +_____+ мг в сутки

- 10-25
- 5-7
- 200-300
- 50-100

Рекомендуемая длительность терапии ацитретином при тилотической экземе составляет +_____+ недель

- 5-6
- 8-12
- 16-20
- 20-24

В связи с тератогенными свойствами ретиноидов, женщинам репродуктивного возраста необходимо применять надежные меры контрацепции за _____ до начала лечения ацитретином

- 2 месяца
- 1 неделю
- 4 недели
- 1 день

В связи с тератогенными свойствами ретиноидов, женщинам репродуктивного возраста необходимо применять надежные меры контрацепции в течение +_____+ после окончания лечения ацитретином

- 3 лет
- 1 месяца
- 2 лет
- 1 года

Донорство крови запрещено во время лечения ацитретином и в течение +_____+ после его завершения

- 3 лет
- 1 месяца
- 2 лет
- 1 года

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 62 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, мокнутие и интенсивный приступообразный зуд, нарушающий ночной сон.

В области нижних конечностей отмечает жжение и болезненность.

Анамнез заболевания

Появление первых высыпаний пациент отметил на коже голеней около 5 лет назад. Самостоятельно применял мази с глюкокортикостероидами с временным положительным эффектом. Неделю назад, на фоне стресса и погрешностей в диете, состояние резко ухудшилось, высыпания распространились практически на весь кожный покров, появилось мокнутие, зуд и жжение.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: гиперплазия предстательной железы.

Наследственность не отягощена.

Аллергоанамнез: непереносимость рыбы и рыбных продуктов.

Курит по 1 пачке сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет.

У близких родственников заболеваний кожи нет.

Объективный статус

Поражение кожи воспалительного характера. Высыпания обильные, локализуются на коже туловища, верхних и нижних конечностей. Сыпь симметрична, полиморфна, на коже туловища, верхних конечностей и бедер представлена многочисленными мелкими везикулезными и папулезными элементами на фоне ярко-красных участков гиперемизированной кожи с четкими границами. На местах вскрывшихся везикул видны многочисленные точечные мокнущие эрозии («серозные колодцы»), покрытые темно-вишневыми и местами желтоватого цвета корками.

Кожа в области нижней трети голеней и тыльной поверхности стоп гиперемизирована, отечна, мацерирована, покрыта обширными мокнущими эрозиями с геморрагическими и желтовато-коричневыми тонкими рыхлыми неплотно прикрепленными корочками, многочисленными глубокими трещинами.

Дермографизм красный, стойкий. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски.

Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Паховые лимфатические

узлы несколько увеличены, умеренно болезненны при пальпации. Ногтевые пластинки кистей не изменены. Ногтевые пластинки стоп имеют желтоватую окраску, тусклые, утолщенные.

Температура тела повышена до 37.7°C.

Субъективно в области высыпаний беспокоит интенсивный зуд, нарушающий ночной сон. В области голеней и стоп отмечает жжение и болезненность.

Диагноз может быть выставлен на основании результатов

- 3 лет
- 1 месяца
- 2 лет
- 1 года

Результаты обследования

Клиническая картина заболевания соответствует диагнозу

- 3 лет
- 1 месяца
- 2 лет
- 1 года

Диагноз

Согласно классификации МКБ 10, клиническая картина соответствует диагнозу

+ _____ + экзема

- пруригинозная
- дисгидротическая
- тилотическая
- инфекционная

Появление на эритематозной и отежной коже везикул, точечных эрозий с мокнутием («серозных колодцев»), серозных корочек и эксфолиаций характерно для + _____ + стадии экземы

- отежной
- хронической
- подострой
- острой

При микробной экземе, явлениях лимфаденита, повышении температуры рекомендуется системное назначение

- антибактериальных препаратов
- иммунодепрессантов
- антиметаболитов
- синтетических ретиноидов

Цефазолин рекомендован в дозе + _____ + мг внутримышечно 2-4 раза в сутки в течение 7-10 дней

- 1000
- 500
- 100
- 200

При острой экземе, сопровождающейся явлениями экссудации, наружно рекомендованы

- мази
- примочки
- кремы
- пасты

Примочка при острой экземе оказывает + _____ + действие

- смягчающее
- вяжущее
- кератолитическое
- рассасывающее

При наличии выраженного воспаления и отсутствии тенденции к регрессу высыпаний рекомендуется назначение преднизолона^{^^}перорально в дозе + _____ + мг в сутки в течение 5-25 суток

- 50-70
- 5-10
- 80-95
- 25-30

Снижение дозы преднизолона (при назначении более 7 дней) рекомендуется проводить постепенно, на + ___ + мг каждые 5 суток до полной отмены

- 2,5
- 5
- 10
- 1

Противопоказанием к назначению блокатора H1-гистаминовых рецепторов дифенгидрамина является

- гиперплазия предстательной железы
- артериальная гипертензия
- сахарный диабет
- аутоиммунный тиреоидит

При длительном приеме преднизолона необходимо увеличить поступление + _____ + в организм

- гиперплазия предстательной железы
- артериальная гипертензия
- сахарный диабет
- аутоиммунный тиреоидит

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 28 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

на

* высыпания на коже кистей, стоп и туловища, сопровождающиеся зудом, усиливающимся в ночное время.

Анамнез заболевания

Пациент сообщил, что первые зудящие высыпания появились около двух месяцев назад на коже кистей. Через некоторое время высыпания появились на коже туловища и тыла стоп, зуд усилился до мучительного, нарушающего ночной сон. Самостоятельно не лечился.

Анамнез жизни

- * Сопутствующие заболевания отрицает.
- * Наследственность не отягощена.
- * Аллергоанамнез не отягощен.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Семейный анамнез: несколько дней назад у жены пациента появился зуд в области туловища и верхних конечностей.

Объективный статус

Поражение кожи островоспалительного характера. Высыпания локализируются на

коже межпальцевых промежутков и тыла кистей, на коже живота и переднебоковых поверхностей туловища, а также в области тыла стоп. Сыпь симметрична, полиморфна, представлена многочисленными сгруппированными на отдельных участках тела, но не сливающимися мелкими красно-розовыми фолликулярными папулами, невоспалительными везикулами, пустулами, а также многочисленными точечными и линейными эксфолиациями, покрытыми геморрагическими корочками. Помимо указанных высыпаний на коже кистей присутствуют многочисленные рыхлые толстые коричневатожелтые корки, в местах отслоения которых видны обнажившиеся бледно-розового цвета эрозии от 0,3 до 1,5 см в диаметре, окруженные обрывками отслоившегося эпидермиса.

Дермографизм красный, нестойкий. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Лимфатические узлы не увеличены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены.

Субъективно в области высыпаний беспокоит интенсивный зуд, усиливающийся в ночное время.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- гиперплазия предстательной железы
- артериальная гипертензия
- сахарный диабет
- аутоиммунный тиреоидит

Результаты обследования

Клиническая картина заболевания соответствует диагнозу

- гиперплазия предстательной железы
- артериальная гипертензия
- сахарный диабет
- аутоиммунный тиреоидит

Диагноз

Вариант заболевания можно охарактеризовать как

- осложненная чесотка
- норвежская чесотка
- чесотка «инкогнито»

- скабиозная эритродермия

Для верификации чесоточных ходов рекомендуется применить

- метод прокрашивания
- обследование кожи под лампой Вуда
- ультразвуковое сканирование кожи
- исследование пуговчатым зондом

Лечение чесотки, осложненной вторичной пиодермией, рекомендуется начинать с нанесения

- метронидазола
- анилиновых красителей
- скабицида
- антибактериальных препаратов

К скабицидным препаратам, рекомендуемым для лечения чесотки, относится

- перметрин
- диметилсульфоксид
- адапален
- азелаиновая кислота

Скабицидный препарат перметрин применяется в форме

- 0,1% жирной мази
- 0,3% спрея
- 0,2% крема
- 0,4% водной эмульсии

При лечении чесотки, осложненной вторичной пиодермией, рекомендуется нанесение скабицида в + ____ + дни курса терапии

- 7 и 14
- 3 и 9
- 5 и 10
- 1 и 4

Побочным действием препарата перметрин является

- рвота
- головная боль
- сонливость
- жжение

В соответствии с СанПиН 3.2.3215-15 «Профилактика паразитарных болезней на территории РФ» и МУ 3.2.1756-03 «Эпидемиологический надзор за паразитарными болезнями», больной снимается с учета случае

- двукратного отрицательного микроскопического исследования
- трехкратного отрицательного микроскопического исследования
- полного разрешения всех клинических проявлений
- не ранее чем через 3 суток после окончания лечения скабицидными препаратами

Наличие кровянистых корочек в области локтей и в их окружности у больных чесоткой является симптомом

- Ауспитца
- Горчакова
- Бенъе-Мещерского
- Пospelова

Усиление зуда при чесотке в вечернее и ночное время объясняется

- Ауспитца
- Горчакова
- Бенъе-Мещерского
- Пospelова

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 29 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

на

* высыпания на коже верхних, нижних конечностей и туловища, сопровождающиеся зудом, усиливающимся в ночное время.

Анамнез заболевания

Пациентка сообщила, что первые зудящие высыпания появились около 6 недель назад на коже кистей. Высыпания постепенно распространились на область локтей, кожу туловища и бедер, зуд стал нарушать ночной сон. Самостоятельно применяла антигистаминные препараты без положительного эффекта.

Анамнез жизни

- * Сопутствующие заболевания отрицает.
- * Наследственность неотягощена.
- * Аллергоанамнез неотягощен.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Семейный анамнез: у сына 6 лет в течение последней недели наблюдается зуд кожи в области кистей.

Объективный статус

Поражение кожи островоспалительного характера. Высыпания обильные, распространенные, локализуются на коже межпальцевых промежутков кистей, лучезапястных суставов, в области локтей, на коже переднебоковых поверхностей туловища, в окружности сосков молочных желез, а также в области ягодиц и бедер.

Сыпь симметрична, полиморфна, представлена многочисленными рассеянными мелкими фолликулярными красными папулами, невоспалительными везикулами, а также многочисленными точечными и линейными экскориациями, покрытыми геморрагическими корочками. На коже локтей и межпальцевых складок кистей расположены слившиеся наслоения толстых бугристых импетигиозных желто-зеленых округлых корок, а также крупные напряженные пустулы (фликтены), заполненные мутным желтоватым содержимым.

Дермографизм красный, нестойкий. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Волосы не изменены. Лимфатические узлы не увеличены. Ногтевые пластинки кистей и стоп не изменены.

Субъективно в области высыпаний беспокоит интенсивный зуд, усиливающийся в ночное время.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- Ауспитца
- Горчакова
- Бенъе-Мещерского
- Пospelова

Результаты обследования

Клиническая картина заболевания соответствует диагнозу

- Ауспитца
- Горчакова
- Бенъе-Мещерского
- Пospelова

Диагноз

Наличие пустул и гнойных корочек на локтях и в их окружности является симптомом

- Пospelова
- Михаэлиса
- Бенъе-Мещерского
- Арди

Вариант заболевания можно охарактеризовать как

- скабиозная эритродермия
- норвежская чесотка
- чесотка «чистоплотных»
- осложненная чесотка

Для верификации чесоточных ходов рекомендуется применить

- метод масляной витропрессии
- ультразвуковое сканирование кожи
- обследование кожи под лампой Вуда
- исследование пуговчатым зондом

При лечении чесотки, осложненной вторичной пиодермией, предпочтение отдается скабицидам, нанесение которых

- возможно проводить в утренние часы
- не требует интенсивного втирания
- не требуется на весь кожный покров
- вызывает шелушение кожи

Лечение чесотки, осложненной вторичной пиодермией, рекомендуется начинать с нанесения

- противопротозойных препаратов
- скабицидов
- антибактериальных препаратов
- ингибиторов кальциневрина

К скабицидным препаратам, рекомендуемым для лечения чесотки, относится

- бетаметазон {plus} гентамицин
- окситетрацилин {plus} гидрокортизон
- пиперонилбутоксид {plus} эсбиол
- флуметазон {plus} клиохинол

В соответствии с СанПин 3.2.3215-15 «Профилактика паразитарных болезней на территории РФ» и МУ 3.2.1756-03 «Эпидемиологический надзор за паразитарными болезнями» контроль излеченности проводится на + _____ + дни после окончания лечения

- 14 и 21
- 5 и 15
- 3 и 10
- 1 и 7

Для лечения детей в возрасте 6 лет рекомендуется применение

- 20% мази бензилбензоата
- 20% эмульсии бензилбензоата
- 5% серной мази
- 33% серной мази

Наиболее контагиозной формой чесотки является

- чесотка «инкогнито»
- норвежская чесотка
- скабиозная лимфоплазия
- чесотка без ходов

Препарат пиперонилбутоксид {plus} эсбиол применяется в форме

- чесотка «инкогнито»
- норвежская чесотка
- скабиозная лимфоплазия
- чесотка без ходов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 65 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На зудящие высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Пациент сообщил, что первые высыпания возникли в области голеней 5 месяцев назад; с течением времени количество высыпаний на голенях постепенно увеличилось.

Неделю назад на фоне стресса и погрешностей в диете состояние резко ухудшилось, высыпания распространились на кожу бедер и туловища, появилось мокнутие, зуд стал более интенсивным. Самостоятельно не лечился.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: варикозное расширение вен нижних конечностей, катаракта. В анамнезе травма пояснично-крестцового отдела позвоночника (ДТП) с развитием левостороннего нижнего монопареза и гипотрофией мышц бедра и голени.

Аллергоанамнез: отмечает непереносимость антибиотиков пенициллинового ряда в виде отека Квинке.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Наследственность: у отца - рак предстательной железы

У близких родственников заболеваний кожи нет. 6 месяцев назад внук перенес заболевание краснухой.

Объективный статус

Поражение кожи воспалительного характера. Высыпания локализуются преимущественно на коже средней и нижней трети голеней и тыла стоп, отдельные очаги присутствуют на коже бедер, ягодиц, туловища и верхних конечностях.

Сыпь симметрична, полиморфна, представлена в области голеней и тыла стоп многочисленными мелкими везикулезными и папулезными элементами на фоне отечной застойно-красной гиперемизированной кожи, в пределах которой вскрывшиеся везикулы сформировали многочисленные мокнущие эрозии. Эрозии легко кровоточат, имеют различные размеры (от точечных до более крупных, около 2 см в диаметре), частично покрыты вишнево-красными тонкими неплотно прикрепленными корочками. Кожа нижней трети голеней склерозирована, покрыта многочисленными мелкопластинчатыми светлыми чешуйками.

На коже бедер, ягодиц, туловища и предплечий отмечаются нерезко ограниченные эритематозные очаги, на поверхности которых видны единичные

мелкопапулезные и везикулезные эксфолиированные элементы ярко-розового цвета.

Дермографизм красный, нестойкий. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор и эластичность соответствуют возрасту. Видимые слизистые оболочки без патологических изменений. Лимфатические узлы не увеличены. Ногтевые пластинки кистей не изменены. Ногтевые пластинки стоп желтоватого цвета, тусклые. Волосяной покров в области передне-латеральной поверхности левой голени частично утрачен, в остальном - без патологических изменений. Отмечается выраженная гипотрофия мышц и подкожно-жировой клетчатки бедра и голени слева.

Субъективно в области высыпаний беспокоит интенсивный зуд.

Важными для диагностики анамнестическими данными является

- чесотка «инкогнито»
- норвежская чесотка
- скабиозная лимфооплазия
- чесотка без ходов

Результаты обследования

Клиническая картина заболевания соответствует диагнозу

- чесотка «инкогнито»
- норвежская чесотка
- скабиозная лимфооплазия
- чесотка без ходов

Диагноз

Клиническая картина соответствует + _____ + форме заболевания

- дисгидротической
- пруригинозной
- варикозной
- тилотической

Появление на эритематозной и отежной коже везикул, точечных эрозий с мокнутием («серозных колодцев»), серозных корочек и эксфолиаций характерно для + _____ + стадии экземы

- отежной
- подострой
- хронической

- острой

Варикозная экзема является разновидностью + _____ + экземы

- роговой
- истинной
- дисгидротической
- микробной

При острой экземе, сопровождающейся явлениями экссудации, наружно рекомендованы

- примочки
- пасты
- мази
- кремы

Для купирования острой стадии экзematозного процесса, сопровождающегося отеком, гиперемией, экссудацией, рекомендовано назначение топических глюкокортикостероидов в форме

- крема
- пасты
- мази
- спрея

Для купирования зуда при экземе рекомендовано назначение антигистаминных препаратов II поколения, в частности

- клемастина
- акривастина
- дезлоратадина
- диметиндена

При отсутствии тенденции к регрессу высыпаний рекомендуется назначение преднизолона^{^^}перорально + _____ + мг в сутки в течение 5-25 суток

- 80-100
- 25-30
- 5-10
- 50-70

При назначении преднизолона более 7 дней дальнейшее снижение дозы рекомендовано на + _____ + мг каждые 5 суток до полной отмены

- 10
- 5
- 2,5
- 1

Большую часть дозы преднизолона следует принимать

- утром
- вечером
- днем
- перед сном

Синдром «отмены» при длительном пероральном приеме преднизолона возникает вследствие

- утром
- вечером
- днем
- перед сном

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 54 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На изменение формы и цвета 1 ногтевой пластины правой стопы.

Анамнез заболевания

Впервые год назад после травмы изменился цвет 1 ногтя правой стопы, затем изменилась его форма. Зимой после перелома правой голени пациент заметил ухудшение состояния ногтевой пластины. Обследование не проводилось.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * У родственников грибковых заболеваний не выявлено.

Объективный статус

- * Поражение 1 ногтя правой стопы хронического воспалительного характера.
- * Изменена 1 ногтевая пластина правой стопы по нормотрофическому типу, тотальная форма, чёрного цвета.
- * Эпонихион присутствует.
- * Кожа подошв и межпальцевых складок не изменена.
- * Ногтевые пластины кистей и левой стопы не изменены.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- утром
- вечером
- днем
- перед сном

Результаты обследования

Анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, является

- изменение цвета, потом формы
- начало заболевания год назад
- травма
- ухудшение состояния ногтя стоп после перелома

Наиболее информативными клиническими признаками для постановки диагноза являются

- изменение ногтя 1 пальца правой стопы по нормотрофическому типу, чёрного цвета
- эпонихион присутствует
- тотальная форма поражения
- ногти левой стопы не изменены

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- изменение ногтя 1 пальца правой стопы по нормотрофическому типу, чёрного цвета
- эпонихион присутствует
- тотальная форма поражения
- ногти левой стопы не изменены

Диагноз

В качестве первого препарата системной противогрибковой терапии больному можно назначить

- гризеофульвин
- амфотерицин В
- вориконазол
- тербинафин

Рекомендуемая доза тербинафина составляет + _____ + мг в сутки

- 62,5
- 250
- 125
- 500

Перед назначением системной антимикотической терапии у взрослых необходимо провести

- клинический анализ крови
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- биохимическое исследование функции печени
- общий анализ мочи

Рекомендуемая доза итраконазола составляет + _____ + мг в сутки

- 400
- 200
- 300
- 100

Наружная противогрибковая терапия проводится

- до отрастания здорового ногтя и получения отрицательного результата микроскопического исследования на грибы
- 30 дней
- 60 дней
- до отрастания здорового ногтя

Схема приёма системного антимикотического препарата итраконазола + _____ + в течение 7 дней, затем 3 недели перерыв

- 200 мг в сутки
- 400 мг в неделю
- по 200 мг 2 раза в день
- 100 мг в сутки

Схема приёма системного антимикотического препарата тербинафина

- схема пульс-терапии
- ежедневная
- 1 раз в неделю
- через день

В случае отсутствия положительной динамики при приёме системного антимикотического препарата необходимо

- схема пульс-терапии
- ежедневная
- 1 раз в неделю
- через день

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 54 лет обратился на прием к дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже бедер и слизистой оболочке полости рта, сопровождающиеся зудом.

Анамнез заболевания

Больной обратился 6 месяцев назад к дерматовенерологу с жалобами на зудящие распространенные высыпания на коже бедер и болезненные элементы на слизистой оболочке полости рта. Со временем кожный зуд нарастал. Гистологическое исследование слизистой оболочки полости рта выявило лихеноидное воспаление. Больной был выставлен диагноз «Красный плоский лишай». Было назначено лечение: внутримышечные инъекции триамцинолон ацетонида (40 мг/мл) N2. На фоне проводимой терапии наблюдался положительный эффект в виде регресса высыпаний на коже бедер, однако высыпания распространились на область языка. Пациент стал отмечать дисфагию в связи с чем обратилась на прием к дерматовенерологу.

Анамнез жизни

- * Хронический гастрит (ремиссия)
- * Не курит
- * Профессиональных вредностей не имеет
- * Аллергическая реакция на кларитромицин в виде токсикодермии

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 87 кг, рост 178 см. Температура тела 36.8⁰С. Поражение кожи островоспалительного характера. Высыпания локализуются на коже бедер, слизистой оболочке полости рта и представлены единичными полигональными плоскими блестящими папулами, сиреневатого цвета, с пупковидным вдавлением в центре, также на поверхности некоторых папул визуализируются эрозивные дефекты до 0.4 см в диаметре. На слизистой оболочке полости рта и языка наблюдаются белесоватые папулы от 0.5 до 1 см в диаметре, а также эрозии. Больной также отмечает дисфагию. Субъективно: беспокоит умеренный зуд.

К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят

- схема пульс-терапии
- ежедневная
- 1 раз в неделю
- через день

Результаты обследования

В качестве дополнительного метода диагностики больному показано

- схема пульс-терапии
- ежедневная
- 1 раз в неделю
- через день

Результаты обследования

В качестве дифференциально-диагностического метода необходимо применить

- схема пульс-терапии
- ежедневная
- 1 раз в неделю
- через день

Результаты обследования

Данному больному можно поставить диагноз

- схема пульс-терапии
- ежедневная
- 1 раз в неделю
- через день

Диагноз

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в

- условиях «дневного стационара»
- амбулаторных условиях (на дому)
- стационарных условиях (терапевтическое отделение)
- стационарных условиях (хирургическое отделение)

Пациенту показано назначение

- азатиоприна 150 мг/сутки перорально в течение 2-х месяцев
- метотрексата 25 мг 1 раз в неделю на курс 5 инъекций
- мофетил микофенолата по 150 мг/сутки в течение 3-х месяцев
- ацитретина по 30 мг/сутки перорально в течение 3-8 недель

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- системной красной волчанкой
- системной склеродермией
- подагрой
- вторичным сифилисом

Больному на очаги поражения на коже был также назначен крем бетаметазон. Длительность применения препарата составляет + _____ + раз в день, на протяжении + _____ + недель

- 3; 4
- 2; 12
- 1; 12
- 2; 6

На слизистые оболочки дерматолог назначил больному мазь триамцинолон ацетонид. Длительность применения препарата составляет + _____ + раз в день, на протяжении + _____ + недель

- 1; 12
- 2; 12
- 3; 12
- 2; 6

Больному необходимо контролировать уровень + _____ + на протяжении терапии

- лактатдегидрогеназы
- ферритина
- антител к ТПО
- холестерина

Для купирования зуда больному показано назначение

- мебгидролина 100 мг перорально 1 раз/сут в течение 7 дней
- клемастина 1 мг внутримышечно 1 раз/сут 3 дня
- клемастина 1 мг перорально 1 раз/сут 5 дней
- мебгидролина 100 мг перорально 2 раза/сут в течение 7 дней

В случае резистентности больных красным плоским лишаем к системным глюкокортикостероидам, помимо ацитретина, назначают

- метгидролина 100 мг перорально 1 раз/сут в течение 7 дней
- клемастина 1 мг внутримышечно 1 раз/сут 3 дня
- клемастина 1 мг перорально 1 раз/сут 5 дней
- метгидролина 100 мг перорально 2 раза/сут в течение 7 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к дерматовенерологу обратилась женщина 67 лет.

Жалобы

На язвенный дефект, отечность и выраженную гиперемию кожи в области правого голеностопного сустава, сопровождающиеся болью и повышением общей температуры до 37.8°C .

Анамнез заболевания

Больна с апреля 2014 года, когда впервые на фоне хронической венозной недостаточности нижних конечностей, отметила появление язвенного дефекта на коже правого голеностопного сустава. В связи с чем обратилась к дерматовенерологу по месту жительства, где был поставлен диагноз: «Варикозная экзема». Проведено лечение: Дипроспан 2.0 в/м N1, внутрь - антигистаминные препараты, витаминотерапия, местно: крем Тридерм 2 р/д со значительным улучшением в виде заживления язвенного дефекта, уменьшения отечности и гиперемии. Ежегодно больная находилась на стационарном лечении, где назначалась следующая терапия: сосудистые препараты, витаминотерапия, наружно: мазь Тридерм 2 р/д с положительным эффектом. Настоящее обострение – месяц назад. Самостоятельно произвела 2 инъекции Дипроспана 2.0 мл в/м с интервалом 3-4 недели. Без эффекта. Обратилась в клинику для уточнения диагноза и дальнейшей тактики ведения.

Анамнез жизни

- * Хронический гастрит (ремиссия)
- * Гипертоническая болезнь 2 стадии, 1 степени
- * Профессиональных вредностей не имеет
- * Аллергическая реакция на диклофенак натрия в виде крапивницы

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 170 см. Температура тела 37.8°C . Поражение кожи островоспалительного характера. Высыпания локализуются на коже правого голеностопного сустава и представлены

язвенным дефектом размером 5*4.5 см, 2*1.5 см, неправильных округлых очертаний с резкими границами, ровными краями, поверхность язвы заполнена гнойным отделяемым. Кожа вокруг язв застойно-красного цвета, инфильтрирована. Субъективно: беспокоит болезненность в области очага поражения.

К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят

- метгидролина 100 мг перорально 1 раз/сут в течение 7 дней
- клемастина 1 мг внутримышечно 1 раз/сут 3 дня
- клемастина 1 мг перорально 1 раз/сут 5 дней
- метгидролина 100 мг перорально 2 раза/сут в течение 7 дней

Результаты обследования

В качестве дополнительного метода диагностики больному показано

- метгидролина 100 мг перорально 1 раз/сут в течение 7 дней
- клемастина 1 мг внутримышечно 1 раз/сут 3 дня
- клемастина 1 мг перорально 1 раз/сут 5 дней
- метгидролина 100 мг перорально 2 раза/сут в течение 7 дней

Результаты обследования

Предположительный диагноз может быть следующим

- метгидролина 100 мг перорально 1 раз/сут в течение 7 дней
- клемастина 1 мг внутримышечно 1 раз/сут 3 дня
- клемастина 1 мг перорально 1 раз/сут 5 дней
- метгидролина 100 мг перорально 2 раза/сут в течение 7 дней

Диагноз

Лечение пациента должно проходить в условиях

- стационара терапевтического отделения
- стационара хирургического отделения
- дневного стационара
- амбулаторного приема

Адекватной дозой преднизолона будет

- 20 мг/сут в течение 5 недель
- 80 мг/сут в течение 4 недель
- 10 мг/сут в течение 4 недель

- 40 мг/сут в течение 3 недель

В качестве корригирующей терапии больной необходимо назначить

- витамин Д по 10 капель с молоком с утра
- аевит по 1 т 2 р/сут
- омепразол 20 мг 2 раза в сутки
- L-тироксин 100 мкг/сут

В связи с тем, что у больной наблюдается повышение температуры до 37.8^oC, а также появлением гнойных корочек на поверхности высыпаний необходимо назначить

- кларитромицин 500 мг/сут 1 р/сут
- пенициллин 250.000 Ед внутримышечно 2 р/сут
- цефтриаксон 1 г 1 раз в сутки per os
- ципрофлоксацин 250 мг 2 раза в сутки per os

Длительность местной терапии 0.1% кремом метилпреднизолона ацепоната не должна превышать + _____ + недель

- 12
- 20
- 15
- 10

Препараты, улучшающие микроциркуляцию (пентоксифиллин в дозе 100 мг 3 раза в сутки), назначаются длительностью + _____ + месяцев

- 5-6
- 1-2
- 3-4
- 2-5

У больной на фоне лечения преднизолоном возникла резистентность к проводимой терапии в виде незначительного увеличения размеров очага поражения. В данном случае целесообразно назначить

- азатиоприн 50 мг по 1 т 2 р/сут
- метотрексат 25 мг в/м 1 раз в неделю на курс 2 инъекций
- циклоспорин 100 мг по 1 т 1 р/сут
- мофетил микофенолат 250 мг по 1 т 1 р/сут

Диклофенак при васкулитах назначают в течение + _____ + недель

- 4-5
- 6-7
- 2-3
- 1-2

Некротически-язвенный тип - наиболее тяжелый вариант дермального васкулита. Наиболее частым осложнением является

- 4-5
- 6-7
- 2-3
- 1-2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 21 года обратился на приём к дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже волосистой части головы, а также головную боль и увеличение регионарных лимфатических узлов.

Анамнез заболевания

К дерматовенерологу обратился молодой человек 21 года с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы, головную боль и увеличение регионарных лимфатических узлов. Высыпания появились около 3 недель назад. Вначале больной отметил очаговое поредение волос и умеренный зуд в связи с чем обратился к дерматологу. Был выставлен диагноз «Очаговая алопеция?». Назначен крем Акридерм ГК. Однако через 1.5 недели состояние пациента ухудшилось: резко усилилась инфильтрация, появились пустулезные и узловатые высыпания, отмечалось повышение температуры до 38⁰С. Самостоятельно применял 2% раствор салицилового спирта 2 раза в день – без эффекта. Обратился в клинику кожных болезней для уточнения диагноза и дальнейшей тактики ведения.

Анамнез жизни

- * Хронический бронхит (ремиссия)
- * Хронический гастрит (ремиссия)
- * Курит по 1 пачке в день
- * Профессиональных вредностей не имеет
- * Аллергическая реакция на диклофенак натрия в виде крапивницы

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 173 см. Температура тела 38.0⁰С. Поражение кожи острого воспалительного характера. Высыпания локализуются на коже волосистой части головы и представлены очагами инфильтрации от 1 до 4 см в диаметре, с резкими границами и неправильными очертаниями, на поверхности которых наблюдаются пустулезные элементы, конической формы, овальных очертаний. При надавливании на область поражения сквозь фолликулярные отверстия выделяется гной. Разряженные волосы склеены гнойными и гнойно-геморрагическими корками. Корки и расплавленные волосы легко удаляются, обнажая зияющие устья волосяных фолликулов, из которых, как из сот, выделяется светло-желтого цвета гной. Субъективно больного беспокоит выраженная болезненность в области высыпаний, а также увеличение регионарных лимфоузлов.

К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят

- 4-5
- 6-7
- 2-3
- 1-2

Результаты обследования

В качестве дополнительного метода диагностики больному показано

- 4-5
- 6-7
- 2-3
- 1-2

Результаты обследования

В качестве дополнительного метода исследования также необходимо провести

- 4-5
- 6-7
- 2-3
- 1-2

Результаты обследования

На основании лабораторных методов исследования данному больному можно поставить диагноз

- 4-5
- 6-7
- 2-3
- 1-2

Диагноз

Лечение пациента должно проходить в условиях

- дневного стационара
- амбулатории
- стационара (терапевтическое отделение)
- стационара (хирургическое отделение)

Больному должен быть назначен препарат в дозировке

- флуконазол 150 мг 1 р/сут
- каспофунгин 210 мг/сут
- гризеофульвин 12.5 мг/кг/сут
- преднизолон 1 мг/кг/сут

Лечение считается законченным при +____+ отрицательных результатах исследования, проводимого с интервалом +___+ неделя(и)

- 3; 2
- 3; 1
- 1; 1
- 2; 1

В качестве местной терапии больному необходимо назначить

- 0.3% гель Адапален 2-3 раза в сутки наружно
- лосьон Элоком 2-3 раза в сутки наружно
- 10% мазь ихтиол 2-3 раза в сутки наружно
- мазь Дермовейт 2-3- раза в сутки наружно

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с

- псориазом, трихофитией
- саркоидозом, подрывающим фолликулитом Гофмана
- очаговой алопецией, гнездной алопецией
- экземой, акне

При лечении микроспории системными антимикотиками необходимо проводить оценку показателей общего анализа крови и мочи 1 раз в + _____ + дней

- 10
- 25
- 15
- 20

При лечении инфильтративно-нагноительной формы для обработки пораженного участка кожи волосистой части головы изначально применяют раствор

- перманганата калия (1:6000)
- перекиси водорода
- борной кислоты
- хлоргексидина

Инкубационный период при микроспории составляет + _____ + дней

- перманганата калия (1:6000)
- перекиси водорода
- борной кислоты
- хлоргексидина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет обратился на прием к дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже спины, груди, верхних и нижних конечностей, сопровождающихся умеренным зудом, а также боль и припухлость в дистальных межфаланговых суставах кистей, коленных и правом голеностопном суставах более 1.5 часа и повышение температуры тела до 37.4°C .

Анамнез заболевания

Считает себя больным около трех лет, когда впервые на фоне сильного стресса отметил появление высыпаний на коже спины и груди. Самостоятельно применял топические ГКС и кератолитические мази – с временным положительным эффектом. Отмечал также ежегодные обострения, преимущественно в зимнее время. Год назад отметил явления артрита в левом коленном суставе. Применял НПВС мази – с временным положительным

эффектом. Через 2 месяца больной стал отмечать припухлость в области дистальных межфаланговых суставов кистей. Обратился к ревматологу. Был выставлен диагноз «Остеоартроз». Назначен препарат Ацеклофенак – с временным положительным эффектом. Через месяц больной вновь отметил припухлость и болезненность в межфаланговых суставах и коленном суставе (на этот раз в правом). Настоящее обострение началось в сентябре 2018 года, когда больной стал также отмечать болезненность в правом голеностопном суставе и утреннюю скованность (до 40 минут после пробуждения). Через 2 недели появилась болезненность в нижней части спины, проходящая после посещения спортзала. В течение последнего месяца беспокоит периодически возникающий субфебрилитет, снижение веса (до трех кг) и работоспособности. Обратился в клинику для уточнения диагноза и дальнейшей тактики ведения.

Анамнез жизни

- * Хронический гастрит (ремиссия)
- * Курит по 2 пачки в день
- * Профессиональных вредностей не имеет
- * Аллергическая реакция на кларитромицин в виде токсикодермии

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 87 кг, рост 178 см. Температура тела 37.4⁰С. Поражение кожи островоспалительного характера. Высыпания локализуются на коже туловища, разгибательных поверхностей коленных и локтевых суставов и представлены плоскими нумулярными папулами и бляшками до 6 см в диаметре, ярко розового цвета, с резкими границами, округлых и неправильных очертаний, на поверхности которых наблюдаются легко отпадающие серебристо-белые чешуйки. Субъективно: беспокоит умеренный зуд. Отмечается умеренная болезненность и припухлость коленных, дистальных межфаланговых суставов, болезненность при пальпации паравертебральных точек в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- перманганата калия (1:6000)
- перекиси водорода
- борной кислоты
- хлоргексидина

Результаты обследования

В качестве дополнительного метода диагностики больному показано

- перманганата калия (1:6000)
- перекиси водорода
- борной кислоты
- хлоргексидина

Результаты обследования

К дополнительному методу диагностики заболевания относится

- перманганата калия (1:6000)
- перекиси водорода
- борной кислоты
- хлоргексидина

Результаты обследования

Данному больному можно поставить следующий диагноз

- перманганата калия (1:6000)
- перекиси водорода
- борной кислоты
- хлоргексидина

Диагноз

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в

- стационарных условиях (терапевтическое отделение)
- стационарных условиях (хирургическое отделение)
- амбулаторных условиях (на дому)
- условиях «дневного стационара»

Пациенту показано назначение

- диклофенака 25 мг в/м
- азатиоприна 150 мг/сутки
- метотрексата в дозе 15 мг/неделю
- внутривенного иммуноглобулина 2 г/кг/месяц

Дифференциальный диагноз проводится с

- системной красной волчанкой
- системной склеродермией
- ревматоидным артритом
- подагрой

Целью фармакотерапии псориатического артрита является

- нормализация показателей общего и биохимического анализов крови
- минимальная активность клинических проявлений, замедление рентгенологической прогрессии, увеличение качества жизни больного
- нормализация электрокардиографии, снижение риска развития коморбидных состояний
- нормализация СОЭ и СРБ, электрокардиографии

Воспалительная боль в спине, согласно критериям ASAS, начинается до +____+ лет

- 60
- 40
- 70
- 50

В начале лечения метотрексатом и при увеличении его дозы необходимо контролировать уровень АЛТ, АСТ, гамма-ГТП, ЩФ, креатинина и клинического анализа крови 1 раз в +____+ недели, +____+ месяца

- 3; 3
- 3; 4
- 2; 2
- 4; 2

К коморбидностям при псориатическом артрите относят

- хронический гломерулонефрит, гипертиреоз, сахарный диабет 1-го типа
- облитерирующий бронхит, хронический гастрит, гипотиреоз
- артериальную гипертензию, метаболический синдром, сахарный диабет 2-го типа
- остеопороз, аутоиммунный тиреоидит, синдром Иценко-Кушинга

Этанерцепт больным псориатическим артритом необходимо назначать в дозе +____+ мг 1 раз в неделю подкожно

- хронический гломерулонефрит, гипертиреоз, сахарный диабет 1-го типа
- облитерирующий бронхит, хронический гастрит, гипотиреоз
- артериальную гипертензию, метаболический синдром, сахарный диабет 2-го типа
- остеопороз, аутоиммунный тиреоидит, синдром Иценко-Кушинга

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 32 лет обратилась на приём к дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на кистях, лице, шее с переходом на грудь, сопровождающиеся лёгким зудом, выпадение волос, слабость, субфебрилитет.

Анамнез заболевания

К дерматовенерологу обратилась женщина 32 лет с жалобами на высыпания на коже лица, появление которых ни с чем не связывала. Высыпания появились 6 месяцев назад. Дерматологом по месту жительства были выставлены следующие диагнозы: «аллергический контактный дерматит?», «розацеа?». Был назначен доксициклин в дозе 200 мг 2 раза в сутки и топический метронидазол в течение 2 месяцев – без эффекта. Больная отмечала появление новых элементов. В связи с чем обратилась в клинику кожных болезней для уточнения диагноза и дальнейшей тактики ведения.

Анамнез жизни

- * Хронический гастрит (ремиссия)
- * Киста правого яичника
- * Не курит
- * Профессиональных вредностей не имеет
- * Аллергическая реакция на кларитромицин в виде отека Квинке

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 64 кг, рост 173 см. Температура тела 36.8⁰С. Поражение кожи хронического воспалительного характера.

Высыпания локализуются на коже лица и представлены на эритематозном фоне воспалительными папулами от 0.5 до 1 см в диаметре, плоской формы, красновато-желтоватого цвета, овальных очертаний, с резкими границами, плотной консистенции. Некоторые из них, преимущественно в области щек сливаются в бляшки до 2-3 см в диаметре, красновато-желтоватого цвета, с резкими границами, неправильных очертаний, плоской формы, плотной консистенции. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски, ногтевые пластинки кистей и стоп не поражены, лимфоузлы не увеличены. Субъективно: чувство покалывания и жжения в области высыпаний.

К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят

- хронический гломерулонефрит, гипертиреоз, сахарный диабет 1-го типа
- облитерирующий бронхит, хронический гастрит, гипотиреоз
- артериальную гипертензию, метаболический синдром, сахарный диабет 2-го типа

- остеопороз, аутоиммунный тиреоидит, синдром Иценко-Кушинга

Результаты обследования

В качестве дополнительного метода диагностики больному показано

- хронический гломерулонефрит, гипертиреоз, сахарный диабет 1-го типа
- облитерирующий бронхит, хронический гастрит, гипотиреоз
- артериальную гипертензию, метаболический синдром, сахарный диабет 2-го типа
- остеопороз, аутоиммунный тиреоидит, синдром Иценко-Кушинга

Результаты обследования

В качестве дифференциально-диагностического метода необходимо применить

- хронический гломерулонефрит, гипертиреоз, сахарный диабет 1-го типа
- облитерирующий бронхит, хронический гастрит, гипотиреоз
- артериальную гипертензию, метаболический синдром, сахарный диабет 2-го типа
- остеопороз, аутоиммунный тиреоидит, синдром Иценко-Кушинга

Результаты обследования

Данному больному можно поставить следующий диагноз

- хронический гломерулонефрит, гипертиреоз, сахарный диабет 1-го типа
- облитерирующий бронхит, хронический гастрит, гипотиреоз
- артериальную гипертензию, метаболический синдром, сахарный диабет 2-го типа
- остеопороз, аутоиммунный тиреоидит, синдром Иценко-Кушинга

Диагноз

Пациентке показано назначение изотретиноина в дозе + _____ + мг/кг/сут в течение + _____ + месяцев

- 0.3; 3
- 0.1; 2
- 0.2; 3
- 0.3; 6

Перед назначением препарата и на протяжении всего курса лечения обязателен ежемесячный контроль биохимических показателей крови

- общий билирубин, АЛТ, АСТ, триглицериды
- глюкоза, креатинин, щелочная фосфатаза, АЛТ, АСТ, триглицериды
- общий билирубин, АЛТ, АСТ, триглицериды, общий холестерин, глюкоза, креатинин, щелочная фосфатаза
- общий холестерин, глюкоза, креатинин, щелочная фосфатаза

Показатели функции печени и липидного обмена необходимо анализировать с интервалом + ____ + месяц

- 2
- 6
- 1
- 3

Контрацептивный период после лечения системными ретиноидами составляет + ____ + месяц/а

- 3
- 4
- 2
- 1

В качестве местной терапии был назначен 5% бензоилпероксид. Оптимальная схема приема составляет + ____ + раза в сутки в течение + ____ + месяцев

- 1; 3
- 2; 4
- 2; 3
- 1; 5

В качестве поддерживающей терапии при розацеа можно применять гель

- такролимус 0.1%
- азелаиновая кислота 15%
- метронидазол 0.75%
- адапален 0.1%

Лечение беременных с тяжелыми формами розацеа включает системный прием

- доксициклина

- эритромицина
- миноциклина
- кларитромицина

Уровень кателицидинов в коже больных розацеа увеличивается в +___+ раз

- доксициклина
- эритромицина
- миноциклина
- кларитромицина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

* Женщина 34 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

* на изменение формы и цвета 1 ногтевой пластины правой кисти.

Анамнез заболевания

* Впервые месяц назад после проведения маникюра появилось воспаление на коже заднего валика 1 пальца правой кисти. Через месяц после прибывания на море и снятия гелевого покрытия пациентка заметила изменение цвета и формы 1 ногтя правой кисти. Обследование не проводилось.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает.

* У родственников грибковых заболеваний отрицает.

Объективный статус

* Поражение 1 ногтя правой кисти хронического воспалительного характера.

* Изменена 1 ногтевая пластина правой кисти по типу онихолизиса, проксимальная форма, жёлто-коричневого цвета.

* Эпонихион отсутствует.

* Гиперемия и отёк заднего валика 1 пальца правой кисти.

* Ногтевые пластины стоп и левой кисти не изменены.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- доксициклина
- эритромицина
- миноциклина
- кларитромицина

Результаты обследования

К анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, относится

- начало заболевания месяц назад
- воспаление кожи околоногтевого валика
- прибывание на море
- снятие гелевого покрытия

Наиболее информативными клиническими признаками для постановки диагноза являются

- жёлто-коричневый цвет
- онихолитический тип
- проксимальная форма поражения 1 ногтя правой кисти
- единичное поражение ногтей

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- жёлто-коричневый цвет
- онихолитический тип
- проксимальная форма поражения 1 ногтя правой кисти
- единичное поражение ногтей

Диагноз

В качестве первого препарата системной противогрибковой терапии больной можно назначить

- тербинафин
- итраконазол
- вориконазол
- гризеофульвин

Рекомендуемая доза итраконазола составляет + _____ + мг в сутки

- 200
- 400
- 100
- 50

Перед назначением системной антимикотической терапии у взрослых необходимо провести

- клинический анализ крови

- общий анализ мочи
- биохимическое исследование функции печени
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Рекомендуемая доза флуконазола составляет + _____ + мг в неделю

- 50
- 100
- 150
- 200

Наружная противогрибковая терапия проводится

- до отрастания здорового ногтя и получения отрицательного результата микроскопического исследования на грибы
- до отрастания здорового ногтя
- 30 дней
- 2 месяца

Схема приёма системного антимикотического препарата итраконазола по + _____ + в течение 7 дней, затем 3 недели перерыв

- 200 мг в сутки
- 100 мг в сутки
- 400 мг в неделю
- 200 мг 2 раза в день

Схема приёма системного антимикотического препарата флуконазола

- интермиттирующая
- через день
- ежедневно
- схема пульс-терапии

В случае отсутствия положительной динамики при приёме системного антимикотического препарата необходимо

- интермиттирующая
- через день
- ежедневно
- схема пульс-терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

* Мужчина 66 лет обратился к врачу-дерматовенерологу

Жалобы

* на изменение формы и цвета ногтевых пластин стоп и правой кисти.

* на высыпания на коже стоп и правой кисти

Анамнез заболевания

* Много лет изменены ногти стоп. 2 месяца назад заметил высыпания на коже правой кисти, периодически беспокоит зуд. Обследование не проводилось. У родственников имеется грибковое заболевание ногтей.

Анамнез жизни

* Обструктивный бронхит, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа.

Объективный статус

* Поражение всех ногтевых пластин стоп и правой кисти хронического воспалительного характера.

* Изменены все ногтевых пластин стоп и правой кисти.

* Высыпания на коже подошв, межпальцевых складках стоп и правой кисти.

* Изменены все ногти по гипертрофическому типу, дистально-латеральная форма, до матрикса, серо-жёлтого цвета.

* На коже подошв, межпальцевых складках стоп и правой ладони наблюдается обильное кольцевидное и муковидное шелушение. На тыльной поверхности правой ладони и стоп ограниченные очаги инфильтрации, с возвышающимся валиком по периферии, на поверхности шелушение.

* Субъективно – беспокоит периодический зуд.

* Ногтевые пластины левой кисти не изменены.

Для подтверждения диагноза основным методом обследования является

- интермиттирующая
- через день
- ежедневно
- схема пульс-терапии

Результаты обследования

Анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, является

- периодический зуд
- 2 месяца назад появились высыпания на коже правой кисти
- начало заболевания много лет назад

- наличие грибковой инфекции ногтей у совместно проживающих родственников

Наиболее информативными клиническими признаками для постановки диагноза являются

- изменение всех ногтей стоп и правой кисти по гипертрофическому типу, серо-жёлтого цвета
- ногти левой кисти не изменены
- субъективно – беспокоит периодический зуд
- обильное муковидное шелушение на коже подошв, межпальцевых складок стоп и правой кисти
- дистально-латеральная форма поражения ногтей стоп
- множественное поражение ногтей стоп и правой кисти

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- изменение всех ногтей стоп и правой кисти по гипертрофическому типу, серо-жёлтого цвета
- ногти левой кисти не изменены
- субъективно – беспокоит периодический зуд
- обильное муковидное шелушение на коже подошв, межпальцевых складок стоп и правой кисти
- дистально-латеральная форма поражения ногтей стоп
- множественное поражение ногтей стоп и правой кисти

Диагноз

В качестве системной противогрибковой терапии больному можно назначить препарат

- гризеофульвин
- итраконазол
- амфотерицин В
- позаконазол
- вориконазол
- тербинафин

Рекомендуемая доза тербинафина составляет + ____ + мг в сутки

- 62,5
- 500
- 250
- 125

Перед назначением системной антимикотической терапии у взрослых необходимо получить результаты

- биохимического исследование функции печени
- общего анализа мочи
- клинического анализа крови
- ультразвукового исследования органов брюшной полости

Рекомендуемая доза итраконазола составляет + _____ + мг в сутки

- 300
- 400
- 100
- 200

Наружная противогрибковая терапия проводится

- 14 дней
- до клинического регресса высыпаний и получения отрицательных результатов микроскопического исследования на грибы
- до клинического разрешения высыпаний
- 30 дней

Схема приёма системного антимикотического препарата итраконазола составляет + _____ + мг 2 раза в день в течение 7 дней, затем 3 недели перерыв

- 200
- 300
- 400
- 100

Схема приёма системного антимикотического препарата тербинафина

- пульс-терапии
- 1 раз в неделю
- ежедневная
- через день

В случае отсутствия положительной динамики при приёме системного антимикотического препарата необходимо

- пульс-терапии
- 1 раз в неделю
- ежедневная

- через день

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 32 лет обратилась на приём к дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже лица, кистей, шее с переходом на грудь, сопровождающиеся лёгким зудом, выпадение волос, общую слабость, субфебрилитет.

Анамнез заболевания

Больна около 3 месяцев, когда после нескольких процедур в солярии появилась кожная сыпь на лице и шее. Дерматологом по месту жительства был выставлен диагноз фотодерматит. Рекомендованы фотозащитные кремы перед фотопроцедурами. Высыпания немного побледнели, но не исчезли. Месяц назад больная стала отмечать покраснение кожи кистей, выпадение волос, слабость, субфебрилитет.

Анамнез жизни

- * Хронический бронхит (ремиссия)
- * Киста правого яичника
- * Не курит
- * Профессиональных вредностей не имеет
- * Аллергическая реакция на пенициллин в виде крапивницы

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 63 кг, рост 169 см. Температура тела 37.7⁰С. Поражение кожи хронического воспалительного характера. Высыпания локализуются на коже лица, шеи, груди и кистей. На коже лица в области щёк и носа наблюдается отёчная ярко-красная эритема с чёткими границами. На шее и груди отдельные пятнисто-папулёзные высыпания красного цвета. На тыле кистей папулёзно-бляшечные элементы красно-лилового цвета с чёткими границами. Диффузное разряжение волос. Деформаций, деформаций суставов нет. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. При аускультации легких-дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, шумы не выслушиваются. АД-130/80 мм рт.ст., ЧСС-74 в мин. Печень, селезенка не пальпируются. Живот вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом поколачивания безболезненный с обеих сторон. Стул регулярный. Дизурии нет.

К необходимым для постановки диагноза методам обследования относят

- пульс-терапии
- 1 раз в неделю
- ежедневная
- через день

Результаты обследования

Дополнительным методом обследования, который необходимо провести больному для постановки диагноза, является

- пульс-терапии
- 1 раз в неделю
- ежедневная
- через день

Результаты обследования

Данному пациенту можно поставить следующий диагноз

- пульс-терапии
- 1 раз в неделю
- ежедневная
- через день

Диагноз

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях + _____ + отделения

- терапевтического
- амбулаторных условиях (на дому)
- физиотерапевтического
- хирургического

В сложившейся ситуации необходимо назначить

- бетаметазон 1 мл 1 раз в 2-3 недели на курс 3-4 инъекции
- преднизолон 1 мг/кг/сутки перорально
- гидроксихлорохин 5–6 мг/кг/сутки перорально
- доксициклин 100-200 мг/сутки перорально

Препаратом второй линии для системной терапии является

- гидроксихлорохин 5–6 мг/кг/сутки перорально
- циклоспорин 5 мг/сутки перорально

- ацитретин 50 мг/сутки перорально
- преднизолон 25 мг/сутки перорально

Препаратом второй линии при отсутствии эффективности наружной терапии является

- такролимус, мазь 0,1% 2 раза в сутки
- клобетазол, мазь 2 раза в сутки
- бетаметазон, крем 2 раза в сутки
- триамцинолон, мазь 2 раза в сутки

Дифференциальный диагноз в данном случае проводят с

- экземой, акне
- очаговой алопецией, гнездной алопецией
- себорейным дерматитом, псориазом
- саркоидозом

Больному на очаги поражения на коже лица был назначен крем флуоцинолон ацетонид, кратность приема которого составляет

- 2 раза в сутки в течение 10 недель
- 2 раза в сутки в течение 4 недель
- 2 раза в сутки в течение 12 недель
- 3 раза в сутки в течение 8 недель

В случае резистентности больных к противомаларийным препаратам используются резервные препараты

- циклоспорин или азатиоприн
- дапсон или метотрексат
- доксициклин или клиндамицин
- мофетил Микофенолат

Из-за возможного развития ретинопатии при приеме антимолярийных препаратов необходимо проводить офтальмологическое обследование не реже

- 1 раза в 4 мес.
- 1 раза в 6 мес.
- 1 раза в 2 мес.
- 1 раза в 12 мес.

Симптом Бенъе-Мещерского при дискоидной красной волчанке характеризуется

- 1 раза в 4 мес.
- 1 раза в 6 мес.
- 1 раза в 2 мес.
- 1 раза в 12 мес.

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к дерматовенерологу обратился мужчина 28 лет

Жалобы

На высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностях, интенсивный зуд

Анамнез заболевания

Болен с 23 лет, когда впервые на фоне стресса появлялись высыпания на коже верхних конечностей с дальнейшим распространением кожного процесса на туловище и нижние конечности. Отмечает ежегодное обострение в зимнее время. По совету знакомого врача периодически принимал энтеросорбенты, антигистаминные препараты и топические стероиды - с временным положительным эффектом. В настоящий момент в связи с торпидностью к проводимой терапии обратился в клинику для уточнения диагноза и дальнейшей тактики ведения.

Анамнез жизни

- * Хронический гастрит (ремиссия)
- * Не курит
- * Профессиональных вредностей не имеет
- * Аллергическая реакция на диклофенак натрия в виде крапивницы

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 74 кг, рост 178 см. Температура тела 36,5⁰С. Кожный процесс хронического воспалительного характера.

Высыпания симметричные локализуются на коже туловища, верхних и нижних конечностей. На инфильтрированном, гиперемированном фоне, на местах вскрывшихся везикул отмечаются точечные эрозии с явлением мокнутия, большинство из них покрыто гнойно-геморрагическими корками. Также имеются мелкопапулезные элементы с эксфолированной поверхностью и точечные геморрагические корочки на местах эксфолиаций. Кожа вне очагов поражения бледно-розовой окраски. Тургор, эластичность соответствуют

возрасту. Дермографизм красный, нестойкий. Слизистые оболочки не поражены. Ногтевые пластины кистей и стоп прозрачные, блестящие. Субъективно: интенсивный зуд.

Для уточнения диагноза заболевания пациента необходим анализ данных

- 1 раза в 4 мес.
- 1 раза в 6 мес.
- 1 раза в 2 мес.
- 1 раза в 12 мес.

Результаты обследования

В качестве дополнительного метода диагностики больному показано

- 1 раза в 4 мес.
- 1 раза в 6 мес.
- 1 раза в 2 мес.
- 1 раза в 12 мес.

Результаты обследования

На основании полученных данных можно поставить диагноз

- 1 раза в 4 мес.
- 1 раза в 6 мес.
- 1 раза в 2 мес.
- 1 раза в 12 мес.

Диагноз

Лечение пациента в условиях стационара рекомендуется при

- наличии гноя
- поражении кистей
- утрате трудоспособности
- выраженном зуде

При наличии выраженного зуда пациенту показано назначение

- метотрексата 5 мг
- цетиризина 10 мг
- преднизолона 25 мг
- реополиглюкина 400 мл

При выраженной инфильтрации больному показано системное назначение

- лоратадина 10 мг 1 раз в сутки
- супрастина 25 мг 3 раза в сутки
- ацитретина 25 мг в сутки перорально
- ципрофлоксацина 250 мг 1 раз в сутки

В качестве антибактериальной терапии больному необходимо назначить

- ципрофлоксацин 250 мг 2 раза в сутки перорально
- пенициллин 250.000 Ед внутримышечно 2 раза в сутки
- кларитромицин 500 мг/сутки перорально
- ампициллин 250 мг 4 раза в сутки перорально

Длительность антибактериальной терапии при данном дерматозе не должна проводиться более + _____ + дней

- 10
- 14
- 21
- 32

В качестве местной терапии больному необходимо назначить

- такролимус, мазь 0,03%
- пимекролимус, крем 1%
- триамцинолон, мазь 0,1%
- бетаметазона дипропионат, крем 0,025%

По мере стихания острых воспалительных явлений больному, в качестве местной терапии, показано назначение

- мупироцина, 2% мази
- депротенинизированного гемолизата из крови телят, 5% мази
- декспантенола, 2% крема
- 5% дегтярно-нафталановой пасты

Оценка эффективности лечения при своевременно начатой и адекватной терапии проводится на + _____ + сутки

- 2-3
- 14-17
- 10-14
- 5-7

Больному рекомендовано проведение физиотерапевтического лечения в виде

- 2-3
- 14-17
- 10-14
- 5-7

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 22 лет, экономист, ведет активный образ жизни с частыми стрессами, обратилась к дерматологу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На высыпания на коже коленей и локтей, волосистой части головы;
субъективно: боль и скованность суставов.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 11 лет, когда впервые заметила появление высыпаний на коже голеней, локтевых суставов, спины. Лечилась в детском отделении, инъекциями витаминов группы В, УФО, редуцирующими мазями, в дальнейшем отмечала не частые обострения в холодное время года. Наилучший эффект от кортикостероидных мазей и санаторно-курортного лечения на морском побережье. Настоящее обострение месяц назад после перенесенной ангины: появилась рассеянная не обильная мелко папулезная сыпь, которая имеет тенденцию к слиянию; стали беспокоить ноющие боли в мелких суставах правой кисти, а по утрам отмечается их скованность. Ничем не лечилась.

Анамнез жизни

- * ВИЧ, гепатиты, сифилис в анамнезе отрицает
- * курит, употребляет алкоголь 1 раз в месяц
- * профессиональные вредности: нервно-психические перегрузки
- * отец и сестра больной страдают псориазом

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Вес 56 кг, рост 173 см. Температура тела 36,7⁰С. ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72/мин, АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, 1 раз в день, мочеиспускание свободное.
Локальный статус: Процесс хронического воспалительного характера в стадии обострения. Высыпания мономорфные симметричные, необильные,

представлены плоскими папулами размером от 0.3 до 1 см, красного цвета и шероховатой поверхностью. Высыпания на коже локтей и коленей имеют тенденцию к слиянию в бляшки ярко-розового цвета с четкими границами размером 3x4 см, на поверхности элементов имеются мелко пластинчатые серебристые, легко отпадающие чешуйки. Дистальные межфаланговые суставы 2, 3 и 4 пальцев правой кисти отечны, кожа в этих местах с красновато-синюшным оттенком. Кожные покровы сухие, теплые, цвет вне очагов поражения бледно-розовый. Видимые слизистые обычного цвета. На ногтях кистей определяется симптом наперстка.

Субъективно: боль и скованность в мелких суставах.

Для постановки диагноза наиболее информативным методом обследования является

- 2-3
- 14-17
- 10-14
- 5-7

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики папулезных дерматозов используются следующие патогномоничные симптомы и феномены

- 2-3
- 14-17
- 10-14
- 5-7

Результаты обследования

Для постановки диагноза возможно применение следующих инструментальных методов обследования

- 2-3
- 14-17
- 10-14
- 5-7

Результаты обследования

На основании полученных данных можно выставить следующий диагноз

- 2-3

- 14-17
- 10-14
- 5-7

Диагноз

С учетом выставляемого диагноза больной необходимо проведение консультаций

- 2-3
- 14-17
- 10-14
- 5-7

Результаты обследования

Учитывая клинические проявления показано лечение включающее

- эстроген-гестагенные препараты
- фототерапия, метотрексат по 15мг в\м 1 раз в неделю №5-6
- уросептики
- метронидазол 0.25 по1т x 3 раза в день 14 дней

Для достижения максимального терапевтического эффекта к системной и физиотерапии необходимо добавить

- наружную (местную) терапию
- колоректальный лаваж
- баротерапию
- бронхолегочный лаваж

В данной ситуации максимальный лечебный эффект будет достигнут при использовании

- лампы Солюкс
- кварцевания
- узкополосной фототерапии (УФБ311нм)
- солярия

Длина волны УФ при узкополосной фототерапии

- коротковолновая УФ
- ультразвуковая
- длинноволновая
- средневолновая 311 нм

При назначении метотрексата необходимо контролировать показатели

- люмбального пунктата
- общего холестерина, триглицериды, бета-липопротеиды (липидный спектр)
- клинического анализа крови, тромбоциты, АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы
- креатинина, мочевой кислоты

Оптимальная местная терапия при стационарной стадии псориаза включает

- противовирусные гели, кремы
- топические глюкокортикоиды (кортикостероидные мази, шампуни и лосьоны), производные кальципотриола (мазь, гель)
- эпителизирующие мази
- растворы анилиновых красителей

Кортикостероидсодержащий шампунь для лечения псориаза в\ч головы должен содержать

- противовирусные гели, кремы
- топические глюкокортикоиды (кортикостероидные мази, шампуни и лосьоны), производные кальципотриола (мазь, гель)
- эпителизирующие мази
- растворы анилиновых красителей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 65 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже живота, верхних конечностей и внутренней поверхности бёдер, сопровождающиеся выраженным зудом.

Анамнез заболевания

Несколько месяцев назад на коже живота и бёдер заметила появление высыпаний, через месяц появились пузыри. Пациентка никуда не обращалась, самостоятельно принимала антигистаминные препараты, витамины, обрабатывала раствором хлоргексидина, отмечала улучшение процесса. После перенесенного острого бронхита отметила ухудшение, появление новых пузырей на коже верхних конечностей (10-15 пузырей в сутки в течение 1 недели). +

На протяжении всего заболевания пациентку беспокоит сильный зуд в области высыпаний.

Анамнез жизни

- * В детстве часто болела простудными заболеваниями.
- * Проживает в 1-комнатной квартире одна.
- * Аллергия на шерсть животных.
- * В 2001 году - хирургическое лечение по поводу фиброаденомы молочной железы слева.
- * В течение 10 лет работала на химическом заводе.
- * Последние 2 года работает санитаркой в инфекционной больнице.
- * Страдает гипертонической болезнью, в связи с чем принимает эналаприлин и нифедипин.

Объективный статус

- * Поражение кожи воспалительного характера.
- * Высыпания располагаются на коже нижней части живота, в пахово-бедренных складках, внутренней поверхности бёдер, верхних конечностей в виде пузырей с напряженной плотной крышкой с серозным содержимым на видимо неизменном фоне, эрозий.
- * Слизистые оболочки, волосы, ногти не поражены.
- * Субъективно – выраженный зуд.

Для подтверждения диагноза в данной клинической ситуации рекомендуется

- противовирусные гели, кремы
- топические глюкокортикоиды (кортикостероидные мази, шампуни и лосьоны), производные кальципотриола (мазь, гель)
- эпителизирующие мази
- растворы анилиновых красителей

Результаты обследования

У пациентки можно предположить

- противовирусные гели, кремы
- топические глюкокортикоиды (кортикостероидные мази, шампуни и лосьоны), производные кальципотриола (мазь, гель)
- эпителизирующие мази
- растворы анилиновых красителей

Диагноз

В качестве провоцирующих факторов заболевания следует учитывать

- контакт с инфекционными больными
- отягощенный аллергоанамнез
- длительное взаимодействие с химическими веществами, в связи с работой на химической заводе
- приём эналаприла и нифедипина и онкогенез

При физикальном осмотре и сборе анамнеза основным признаком, помогающим дифференцировать буллёзный пемфигоид и акантолитическую пузырчатку, является

- наличие зуда и жжения
- отрицательный симптом Никольского
- возраст пациентки
- поражение придатков кожи

Для лечения больных буллезным пемфигоидом рекомендуется наружно

- клобетазол
- ацикловир
- тетрациклин
- тербинафин

Учитывая степень тяжести заболевания, больной показано назначение

- ПУВА-терапии
- преднизолона
- сульфасалазина
- дапсона

В случае назначения для системной терапии преднизолона рекомендуется дозировка + ___ + мг/кг массы тела в сутки

- 0,5
- 2
- 5
- 10

После достижения клинического эффекта (прекращение появления новых высыпаний и зуда, начало эпителизации эрозий) постепенно уменьшать количество наносимого топического глюкокортикостероидного препарата рекомендуется через + __ + дней

- 5
- 45

- 30
- 15

Длительность терапии преднизолоном при тяжелой степени тяжести буллезного пемфигоида после прекращения появления новых высыпаний составляет

- 5 лет
- 1-2 месяца
- 4 года
- 4–6 месяцев

При необходимости уменьшения дозы системных глюкокортикостероидов (в случае развития нежелательных эффектов) рекомендуются назначить

- антимикотики
- фототерапию
- иммуномодуляторы
- цитостатики

При буллезном пемфигоиде вырабатываются аутоантитела

- к компонентам полудесмосом
- к эпидермальной трансглутаминазе
- десмоглеинам 1 и 3 типов
- к коллагену типа VII

При необходимости дифференциальной диагностики буллезного пемфигоида с приобретенным буллезным эпидермолизом используется

- к компонентам полудесмосом
- к эпидермальной трансглутаминазе
- десмоглеинам 1 и 3 типов
- к коллагену типа VII

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 70 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже внутренней поверхности бедер, рук, живота, в пахово-бедренных складках, сопровождающиеся выраженным зудом.

Анамнез заболевания

Впервые отметил высыпания на коже живота, внутренней поверхности бедер, в пахово-бедренных складках, сопровождающиеся выраженным зудом, примерно месяц назад; через неделю появились пузыри, сохраняющиеся в течение 2 суток.

Анамнез жизни

- * Проживает в благоустроенной квартире один.
- * Брат болен псориазом.
- * Имеет среднее профессиональное образование.
- * Работал на металлургическом заводе в течение 30 лет.
- * Беспокоят боли в коленных суставах, в связи с чем принимает нестероидный противовоспалительный препарат кеторол.
- * Аллергия на шерсть животных.

Объективный статус

- * Высыпания локализуются на коже живота, верхних конечностей, внутренней поверхности бедер, в пахово-бедренных складках в виде пузырей с напряженной плотной покрывкой, с серозным содержимым на видимо неизменной коже; эрозий размерами до 2 см в диаметре, серозно-геморрагических корочек.
- * Слизистые оболочки рта физиологической окраски.
- * Волосы и ногти не изменены.
- * Субъективно отмечает выраженный зуд.

Для постановки диагноза в данной клинической ситуации рекомендуется

- к компонентам полудесмосом
- к эпидермальной трансглутаминазе
- десмоглеинам 1 и 3 типов
- к коллагену типа VII

Результаты обследования

На основании клинико-anamnestических данных и проведенных лабораторных исследований можно предположить наличие у больного

- к компонентам полудесмосом
- к эпидермальной трансглутаминазе
- десмоглеинам 1 и 3 типов
- к коллагену типа VII

Диагноз

В качестве предрасполагающих факторов к развитию заболевания у данного пациента следует учитывать

- прием нестероидного противовоспалительного препарата
- отягощенный анамнез
- профессиональные вредности
- аллергию на шерсть животных

Высыпания при данном заболевании чаще всего локализуются на коже

- конечностей и живота
- слизистой оболочки рта и половых органов
- ладоней и подошв
- лица и волосистой части головы

В качестве наружной терапии пациентам с легкой степенью тяжести при данной патологии рекомендуется использовать

- сертаконазол крем 1%
- нафталановую мазь 5%
- салициловую мазь 2%
- клобетазол мазь 0,05%

При неэффективности наружной терапии рекомендуется назначение

- инфликсимаба
- фототерапии
- гидроксихлорохина
- преднизолона

Эрозивные очаги поражения рекомендуется обрабатывать

- раствором хлоргексидина
- мазью ацикловир
- настойкой прополиса
- эмульсией перметрина

Во время лечения системными глюкокортикостероидами рекомендуется контролировать

- скорость оседания эритроцитов
- уровень щелочной фосфатазы
- артериальное давление
- _с-реактивный_ белок

Постепенно уменьшать количество наносимого топического глюкокортикостероидного препарата после достижения клинического эффекта рекомендуется через

- 3 месяца
- 1 год
- 4 недели
- 15 дней

В случае развития нежелательных эффектов для уменьшения дозы системных глюкокортикостероидных препаратов рекомендуется назначить

- фитотерапию
- человеческий иммуноглобулин
- иммуномодуляторы
- плазмаферез

Буллезный пемфигоид определяют как тяжелый при появлении более +__+ пузырей в сутки

- 70
- 3
- 10
- 100

При иммунофлюоресцентном исследовании при буллезном пемфигоиде отложение IgG обнаруживается в зоне

- 70
- 3
- 10
- 100

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 72 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания в области живота, верхних и нижних конечностях, сопровождающиеся выраженным зудом.

Анамнез заболевания

Три месяца назад на коже в области живота отметила появление высыпаний по

типу красных зудящих пятен. +

Месяц назад на их месте и на коже верхних и нижних конечностях стали появляться пузыри с прозрачным содержимым. В день отмечалось появление 5-7 новых пузырей.

Анамнез жизни

- * В детстве часто болела простудными заболеваниями.
- * Является носителем герпес-вирусной инфекции (Вирус простого герпеса 1-го типа).
- * Проживает в 1-комнатной квартире одна.
- * Аллергия на цветение злаковых, цитрусовые.
- * В 2014 году был диагностирован рак тела матки стадия 1СТ1сN0M0, проведена экстирпации матки и придатков, в настоящее время – ремиссия.
- * В течение 30 лет работала бухгалтером, в данный момент находится на пенсии.
- * 26 лет назад у больной был диагностирован сахарный диабет 2 типа, по поводу которого принимает метформин.

Объективный статус

- * Поражение кожи воспалительного характера.
- * Высыпания располагаются на коже внутренней поверхности предплечий, плеч, нижней части живота, в пахово-бедренных складках и внутренней поверхности бёдер в виде напряженных пузырей с плотной крышкой, серозным содержимым на эритематозном основании, единичными эрозиями и чешуе-корками округлой формы.
- * Слизистые оболочки, волосы, ногти не поражены.
- * Субъективно – выраженный зуд.

Для подтверждения диагноза в данной клинической ситуации следует провести

- 70
- 3
- 10
- 100

Результаты обследования

Предполагаемым клиническим диагнозом в данной клинической ситуации является

- 70
- 3

- 10
- 100

Диагноз

Для дифференциальной диагностики буллёзного пемфигоида и вульгарной пузырчатки при физикальном осмотре необходимо определить симптом

- Никольского
- Пospelова
- Бенъе - Мещерского
- Уикхема

Анамнестическим данным, позволяющий предположить диагноз, является

- носительство герпес-вирусной инфекции
- сопутствующий сахарный диабет
- отягощенный аллергоанамнез
- пожилой возраст, онкология в анамнезе

Для наружной терапии больного рекомендуется назначить

- бензилбензоат эмульсия 20%
- метронидазол крем 1%
- перекись водорода 3%
- клобетазол 0,05%

При отсутствии клинического эффекта от наружной терапии необходимо назначить

- интерферон альфа
- преднизолон
- ацикловир
- ципрофлоксацин

В случае назначения системной терапии преднизолоном рекомендуется дозировка + ___ + мг/кг/сут

- 0.1
- 2,0
- 0,5
- 3,0

Длительность системной терапии при легком течении заболевания обычно составляет + ____ + месяцев

- 2-10
- 24-36
- 4-12
- 1- 2

При необходимости уменьшения дозы системных глюкокортикостероидных препаратов рекомендуется

- гипербарическая оксигенация
- плазмаферез
- ПУВА-терапия
- лазерная деструкция

В случае рецидива заболевания на фоне снижения дозы системного глюкокортикостероидного препарата необходимо

- присоединить наружную терапию
- назначить бальнеотерапию
- провести курс ГБО
- повысить дозу до первоначального уровня

Для внутримышечного введения при выраженном зуде можно использовать

- раствор аскорбиновой кислоты 5%
- глицерофосфат кальция
- клемастин
- тиосульфат натрия

Ключевую роль в патогенезе буллезного пемфигоида составляют антитела к

- раствор аскорбиновой кислоты 5%
- глицерофосфат кальция
- клемастин
- тиосульфат натрия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 32 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей, верхней части спины, ягодиц, сопровождающиеся выраженным зудом и жжением.

Анамнез заболевания

2 месяца назад на коже разгибательных поверхностей конечностей, верхней части спины и ягодиц отметил появление мелких, выступающих над поверхностью кожи отёчных элементов красного цвета. Через неделю в тех же областях отметил появление пузырей. +

На протяжении всего заболевания пациента беспокоит сильный зуд и жжение в области высыпаний.

Анамнез жизни

- * В детстве перенёс корь, скарлатину.
- * Проживает в 2-комнатной квартире с женой и двумя детьми.
- * Младший сын посещает детский сад, в группе несколько детей заболели ветряной оспой.
- * Работает охранником на хлебозаводе.
- * Около трёх недель назад, во время игры в футбол, в результате падения получил травмы кожи в области коленей и локтей в виде неглубоких ссадин, которые обрабатывал «зелёнкой», спустя две недели раны полностью зажили.
- * Два месяца назад вернулся из Тайланда.
- * Наличие вредных привычек отрицает.
- * Перенесённые операции – тонзиллэктомия в возрасте 14 лет.

Объективный статус

- * Поражение кожи воспалительного характера.
- * Высыпания располагаются на коже разгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей, верхней части спины, ягодиц.
- * Высыпания представлены пятнами, папулами, напряженными пузырями с плотной крышкой разных размеров с серозным содержимым на гиперемированном отёчном основании, а так же единичными эрозиями.
- * Слизистые оболочки, волосы, ногти не поражены.
- * Субъективно – выраженный зуд, жжение.

Для подтверждения диагноза в данной клинической ситуации рекомендуется

- раствор аскорбиновой кислоты 5%
- глицерофосфат кальция
- клемастин
- тиосульфат натрия

Результаты обследования

У пациента можно предположить

- раствор аскорбиновой кислоты 5%

- глицерофосфат кальция
- клемастин
- тиосульфат натрия

Диагноз

Заболеванием, ассоциированным с герпетиформным дерматитом, является

- глютенная энтеропатия
- серонегативный артрит
- системный васкулит
- ишемическая болезнь сердца

Для выявления ассоциированного с дерматозом заболевания, рекомендуется провести

- фиброгастродуоденоскопию
- общий анализ кала
- биопсию тонкой кишки
- рН-метрию

Основу терапии при герпетиформном дерматите составляет

- применение антикоагулянтов
- безглютеновая диета
- фототерапия
- гирудотерапия

Больному показано назначение

- циклоспорина
- преднизолона
- ПУВА-терапии
- дапсона

В случае непереносимости дапсона рекомендуется назначение

- ацикловира
- сульфасалазина
- гризеофульвина
- изотретиноина

Для уменьшения выраженности клинических проявлений дополнительно рекомендовано назначить

- гризеофульвин
- ацитретин
- хлоропирамин
- тербинафин

При выраженном зуде в качестве наружной терапии рекомендовано назначить

- бетаметазон
- мазь с 2% мочевиной
- нафталановую мазь
- адапален

Рекомендуемая дозировка дапсона у детей составляет +__+ мг на кг массы тела в сутки

- 2
- 0,05
- 10
- 5

При герпетиформном дерматите обнаруживаются

- антитела к компонентам полудесмосом (антигенам _BP180_ и _BP230_)
- {nbsp}IgG, вызывающие разрушение десмоглеина 3 типа
- антигены главного комплекса гистосовместимости человека (HLA-DQ2 и HLA-DQ8)
- антитела к коллагену III типа

При назначении диеты данному больному необходимо рекомендовать исключить из рациона

- антитела к компонентам полудесмосом (антигенам _BP180_ и _BP230_)
- {nbsp}IgG, вызывающие разрушение десмоглеина 3 типа
- антигены главного комплекса гистосовместимости человека (HLA-DQ2 и HLA-DQ8)
- антитела к коллагену III типа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 36 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания, сопровождающиеся выраженным зудом.

Анамнез заболевания

Высыпания в области волосистой части головы, верхних конечностей и крестца заметила 3 месяца назад, после поездки на море, где употребляла большое количество морепродуктов.

Анамнез жизни

- * Проживает в 4-х комнатной квартире с мужем и 3 детьми.
- * Имеет высшее образование.
- * Работает ведущим инженером в строительной компании, считает свою работу очень тяжелой и нервной.
- * С 10 лет страдает бронхиальной астмой. Получает базисную терапию (ингаляционный ГКС-будесонид).
- * Употребляет в пищу много хлебобулочных изделий.
- * Аллергия на клеща домашней пыли, цитрусовые, мед.

Объективный статус

- * Высыпания локализуются преимущественно группами на волосистой части головы, разгибательных поверхностях конечностей, спине, крестце.
- * Сыпь представлена пятнами, волдырями, папулами, пузырями различной величины и корками.
- * Пузыри напряженные, с плотной покрывкой, наполненные прозрачным содержимым, располагаются на гиперемизированном отечном основании.
- * Слизистые оболочки чистые, розового цвета.
- * Волосы и ногти не поражены.
- * Субъективно – выраженный зуд.
- *

Для постановки диагноза необходимо произвести

- антитела к компонентам полудесмосом (антигенам _BP180_ и _BP230_)
- {nbsp}IgG, вызывающие разрушение десмоглеина 3 типа
- антигены главного комплекса гистосовместимости человека (HLA-DQ2 и HLA-DQ8)
- антитела к коллагену III типа

Результаты обследования

Предполагаемым клиническим диагнозом в данной клинической ситуации является

- антитела к компонентам полудесмосом (антигенам _BP180_ и _BP230_)
- {nbsp}IgG, вызывающие разрушение десмоглеина 3 типа
- антигены главного комплекса гистосовместимости человека (HLA-DQ2 и HLA-DQ8)
- антитела к коллагену III типа

Диагноз

Анамнестическими данными, позволяющими предположить диагноз, является

- отягощенный аллергоанамнез
- влияние условий труда (стресс)
- сопутствующая бронхиальная астма
- взаимосвязь питания и высыпаний

С целью исключения сопутствующих заболеваний, ассоциированных с герпетиформным дерматитом, необходимо произвести

- отягощенный аллергоанамнез
- влияние условий труда (стресс)
- сопутствующая бронхиальная астма
- взаимосвязь питания и высыпаний

Результаты обследования

В качестве первого препарата системной терапии больной 36 лет необходимо назначить

- гидроксихлорохин
- дапсон
- нестероидные противовоспалительные средства
- ацитретин

Основу терапии герпетиформного дерматита составляет

- исключение контакта с аллергенами
- изменение условий труда
- ежедневное использование эмоленгов
- строгое соблюдение безглютеновой диеты

Рекомендуемая доза дапсона составляет +__+ мг/ кг/сут

- 1,5
- 0,5

- 1
- 3

Препаратом второй линии при лечении герпетиформного дерматита является

- сульфасалазин
- витамин B12
- рифампицин
- гидроксихлорохин

В качестве наружной терапии применяется

- раствор анилиновых красителей
- нафталановая эмульсия
- ихтиоловая паста
- циклопирокс

В качестве наружной терапии необходимо назначить

- крем ундециленовой кислоты {plus} ундецелат цинка
- мазь кальцийпотриола
- гель адапаленовый
- мазь клобетазола пропионата

Для внутримышечного введения при выраженном зуде можно использовать

- мебгидролин
- тиосульфат натрия
- глюконат кальция
- клемастин

Из диеты пациента необходимо исключить продукты, содержащие

- мебгидролин
- тиосульфат натрия
- глюконат кальция
- клемастин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 23 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

- * На высыпания, сопровождающиеся выраженным зудом.
- * Расстройство стула, слабость, частые головокружения.

Анамнез заболевания

- * Высыпания в области волосистой части головы, плеч и крестца заметил примерно 2 месяца назад.
- * Связывает появление высыпаний с изменением питания в пользу большого количества хлебобулочных изделий.

Анамнез жизни

- * Проживает в 2-х комнатной квартире с мамой и бабушкой.
- * Дома содержит попугаев.
- * Имеет неоконченное высшее образование.
- * Работает поваром в общепите, в горячем цехе.
- * Получил «отсрочку» от армии в связи с недостаточной массой тела, 55 кг при росте 180 см (ИМТ 17).
- * Больного беспокоят частые расстройства стула.
- * Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

- * Высыпания локализуются преимущественно на разгибательных поверхностях верхних конечностей, волосистой части головы, крестце.
- * Сыпь представлена пятнами, волдырями, папулами и пузырями различной величины.
- * Пузыри напряженные, с плотной покрывкой, наполненные прозрачным содержимым, располагаются на гиперемизированном отечном основании.
- * На месте вскрывшихся пузырей имеются эрозии, серозно-геморрагические корочки.
- * Слизистые оболочки бледно-розового цвета.
- * Волосы и ногти не поражены.
- * Субъективно – выраженный зуд.

Для постановки диагноза необходимо произвести

- мебгидролин
- тиосульфат натрия
- глюконат кальция
- клемастин

Результаты обследования

Для выявления ассоциированных с ГД заболеваний рекомендуется проведение

- мебгидролин
- тиосульфат натрия
- глюконат кальция
- клемастин

Результаты обследования

Предполагаемым клиническим диагнозом является

- мебгидролин
- тиосульфат натрия
- глюконат кальция
- клемастин

Диагноз

Анамнестическими данными, позволяющими предположить диагноз, является

- влияние условий труда (влажность, высокая температура)
- дефицит массы тела
- взаимосвязь питания и высыпаний
- контакт с птицами

В качестве первого препарата системной терапии больному можно назначить

- метотрексат
- дапсон
- гидроксихлорохин
- ацитретин

Основу терапии герпетиформного дерматита составляет

- изменение условий труда
- коррекция массы тела до нормы
- строгое соблюдение безглютеновой диеты
- исключение контакта с домашними животными

Рекомендуемая доза дапсона составляет +__+ мг/ кг/сут

- 1
- 5
- 3
- 2

Препаратом второй линии при лечении герпетиформного дерматита является

- витамина B12
- гидроксихлорохин
- сульфасалазин
- рифампицин

В качестве средства для обработки пузырей и эрозий необходимо использовать

- бензил-бензоат
- нафталановую эмульсию
- ихтиоловую пасту
- раствор анилиновых красителей

В качестве наружной терапии применяется

- адапаленовый гель
- ихтиоловая мазь
- мазь клобетазола пропионата
- эмульсия бензил-бензоата

Для внутримышечного введения при выраженном зуде можно использовать

- тиосульфат натрия
- клемастин
- глицерофосфат кальция
- глюконат кальция

Из диеты пациента необходимо исключить продукты, содержащие

- тиосульфат натрия
- клемастин
- глицерофосфат кальция
- глюконат кальция

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже шеи, груди, живота, разгибательных поверхностей

локтей, волосистой части головы, крестце, сопровождающиеся выраженным зудом. Периодически отмечает расстройство стула, слабость и головокружение.

Анамнез заболевания

Появление высыпаний на коже разгибательных поверхностей локтевых суставов, волосистой части головы и крестца отметил примерно месяц назад. В течение 2 недель процесс распространился на кожу шеи, груди, живота.

Анамнез жизни

- * Проживает в общежитии.
- * Имеет среднее профессиональное образование.
- * Работает в “горячем цехе” на металлургическом заводе.
- * Последние несколько лет отмечает повышенное артериальное давление, в связи с чем больной периодически отмечает приступы головных болей, купирует приемом каптоприла.
- * С детства установлен диагноз целиакия.
- * Аллергическая реакция на цитрусовые по типу крапивницы.

Объективный статус

- * Характерен полиморфизм, группировка и симметричность высыпаний.
- * Высыпания преимущественно локализуются на коже шеи, груди, живота, крестца, волосистой части головы, разгибательных поверхностей верхних конечностей. Сыпь представлена пятнами, волдырями, папулами и пузырями различной величины, отмечаются экскориации.
- * Пузыри напряженные, с плотной покрывкой, прозрачным содержимым, на гиперемизированном основании.
- * На месте вскрывшихся пузырей имеются эрозии, некоторые покрыты корочками.
- * Слизистые оболочки физиологической окраски.
- * Волосы и ногти не изменены.
- * Субъективно отмечает выраженный зуд.

Для подтверждения диагноза в данной клинической ситуации рекомендуется проведение

- тиосульфат натрия
- клемастин
- глицерофосфат кальция
- глюконат кальция

Результаты обследования

Для выявления ассоциированных с дерматозом заболеваний необходимо определение

- тиосульфат натрия
- клемастин
- глицерофосфат кальция
- глюконат кальция

Результаты обследования

На основании клинико-anamnestических данных и проведенных лабораторных исследований можно предположить наличие у больного

- тиосульфат натрия
- клемастин
- глицерофосфат кальция
- глюконат кальция

Диагноз

Герпетиформный дерматит у пациентов часто ассоциирован с

- артериальной гипертензией
- глютеновой энтеропатией
- аллергией на цитрусовые
- вредными условиями труда

Пациенту с герпетиформным дерматитом рекомендуется назначить

- неотигазон
- цефтриаксон
- дапсон
- человеческий иммуноглобулин

Для повышения эффективности проводимой терапии необходимо

- улучшить жилищные условия
- соблюдать безглютеновую диету
- отказаться от приема гипотензивных препаратов
- изменить условия труда

Альтернативным препаратом для системной терапии герпетиформного дерматита является

- сульфасалазин
- панзинорм
- диэтилдиметилдисульфид
- инфликсимаб

Для купирования выраженного зуда предпочтительно использовать парентерально препарат

- клемастин
- магния сульфат
- тиосульфат натрия
- глюконат кальция

Пациенту в качестве наружной терапии можно назначить

- адапаленовый гель
- нафталановую мазь
- мазь клобетазола пропионат
- салициловую мазь

Обработка эрозий и пузырей производится

- ихтиоловой мазью
- клеем БФ-6
- метиловым спиртом
- раствором анилиновых красителей

Пациенту с герпетиформным дерматитом необходимо исключить из рациона

- шоколад
- помидоры
- растительное масло
- злаки

**Проявления данного заболевания чаще всего начинаются в + _____ +
возрасте**

- шоколад
- помидоры
- растительное масло
- злаки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

* на высыпания на коже скул, щек, крыльев носа, красной каймы губ, а также

шеи и верхнего плечевого пояса, сопровождающиеся умеренным зудом.

* Повышение температуры до 37,2°C, чувство озноба, недомогание, потерю аппетита.

Анамнез заболевания

Появление высыпаний на коже щек, скул, крыльев носа, красной каймы губ, шеи и верхнего плечевого пояса отметила 1 месяц назад, после активной инсоляции на море. За медицинской помощью не обращалась. В течение месяца площадь высыпаний увеличилась вдвое, появились корки и шелушение.

Анамнез жизни

* С детства страдает хроническим тонзиллитом.

* Условия быта удовлетворительные.

* Работает метеорологом на Метеостанции.

* Часто беспокоит изжога, в связи с чем длительно бесконтрольно принимает Омепразол 40 мг в сутки.

* Замужем.

* С 18 лет поставлен диагноз вторичное бесплодие, в анамнезе одни роды посредством ЭКО. После успешного родоразрешения диагноз снят.

* Периодически беспокоят боли в правом коленном суставе. Связывает с недавней травмой на отдыхе.

* С детства отмечает аллергическую реакцию на цитрусовые, шоколад в виде крапивницы.

* Не курит.

Объективный статус

* Поражение кожи хронического воспалительного характера.

* Высыпания наблюдаются на коже щек, скул, крыльев носа, шеи и верхнего плечевого пояса в виде интенсивно инфильтрированных бляшек.

* На поверхности высыпаний отмечается сплошной гиперкератоз.

* Область красной каймы губ умеренно инфильтрирована, имеет вид вишнево-красных пятен с небольшим количеством трудноотделяемых чешуек.

* Обратная сторона чешуек имеет вид роговых шипиков.

* Часть бляшек имеет в центральной части рубцовую атрофию кожи, телеангиэктазии.

* Субъективно отмечается умеренный зуд высыпаний.

* Слизистые оболочки, волосы и ногти не поражены.

Для подтверждения диагноза пациенту следует провести определение симптома

- шоколад
- помидоры

- растительное масло
- злаки

Результаты обследования

Для уточнения диагноза рекомендуется проведение

- шоколад
- помидоры
- растительное масло
- злаки

Результаты обследования

В сложных случаях дифференциальной диагностики проводится

- шоколад
- помидоры
- растительное масло
- злаки

Результаты обследования

При сборе анамнеза заболевания необходимо учитывать наличие

- аллергической реакции на цитрусовые, шоколад
- радиоактивного излучения
- инсоляции
- травмы

Наиболее вероятным диагнозом является

- Дискоидная красная волчанка
- Псориаз вульгарный
- Красный плоский лишай
- Сетчатый эритематозный муциноз

Для исключения системного процесса рекомендуется консультация врача

- гематолога
- ревматолога
- ЛОР
- травматолога

В качестве препарата первой линии в данной клинической ситуации следует назначить

- мазь флуоцинолона ацетонид
- крем Липобейз
- 2% салициловую мазь
- крем Унны

Местная терапия может проводиться путем

- внутриочагового введения глюкокортикостероидных препаратов
- напыления
- скарификаций
- примочек

Прием антималярийных препаратов часто сопряжен с риском развития

- гипергликемии
- спленомегалии
- остеопороза
- ретинопатии

В качестве второй линии терапии для лечения красной волчанки, при отсутствии эффекта от наружных глюкокортикостероидных препаратов, следует назначить

- моноклональные антитела
- блокаторы андрогенных рецепторов
- индукторы интерферона
- топические ингибиторы кальциневрина

При необходимости назначения хлорохина рекомендуемая суточная доза препарата составляет + _____ + мг/сут

- 250-500
- 50-100
- 600-650
- 100-150

Для профилактики обострений красной волчанки необходимо

- 250-500
- 50-100
- 600-650
- 100-150

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина в возрасте 50 лет обратилась на прием к дерматовенерологу.

Жалобы

На появление высыпаний на коже живота с незначительным зудом.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 3 недель, когда впервые появились высыпания на коже живота. Начало заболевания ни с чем связать не может. Самостоятельно не лечилась.

Анамнез жизни

Не курит, алкоголем не злоупотребляет. +

В анамнезе хронический аднексит, состояние после резекции миомы матки, острые респираторные вирусные инфекции 1-2 раза в год, артериальная гипертензия, гипотензивные препараты не применяет, у терапевта и кардиолога не наблюдается. +

Акушерский анамнез: 2 беременности, 1 аборт, 1 роды.

Объективный статус

На коже живота имеются 2 пятна 3 и 5 см в диаметре, с округлыми очертаниями, нечеткими границами, розового цвета с лиловым оттенком, в центре несколько бледнее, по периферии имеется воспалительный венчик лилового цвета. На коже под левой молочной железой имеется очаг атрофии кожи с гиперпигментацией, с четкими границами, неправильными очертаниями, с восковидным блеском, с исчезновением кожного рисунка и пушковых волос. Кожа волосистой части головы без изменений. Видимые слизистые оболочки полости рта и наружных половых органов без изменений.

На основании клинических данных, полученных при физикальном обследовании пациента, наиболее вероятным диагнозом является

- 250-500
- 50-100
- 600-650
- 100-150

Диагноз

Для исключения системной склеродермии рекомендовано проведение исследования уровня в сыворотке крови

- 250-500
- 50-100
- 600-650
- 100-150

Результаты обследования

В качестве препарата для системной терапии пациенту может быть рекомендован препарат

- метотрексат
- изотретиноин
- пентоксифиллин
- кокарбоксилаза

Обычная начальная разовая доза пентоксифиллина составляет +___+ мг 3 раза в сутки

- 500
- 300
- 100
- 400

Противопоказанием к применению пентоксифиллина является

- хроническую венозную недостаточность
- период беременности и лактации
- сахарный диабет
- трофическая язва

Противопоказанием к применению таблеток ксантинола никотината при локализованной склеродермии является

- тромбофлебит
- глаукома
- сахарный диабет
- эндемический зоб

В качестве препарата для системной терапии пациенту может быть рекомендовано

- гентамицин
- бензилпенициллин
- ципрофлоксацин

- цефтриаксон

В качестве наружной терапии данному пациенту может быть назначен препарат

- интерферона альфа-2b геля
- фузидовой кислоты мазь
- мометазона мазь
- декспантенола крем

Топические глюкокортикоидные препараты назначают + ____ + раз/раза в день

- 1
- 2
- 3
- 4

При назначении топических глюкокортикоидных препаратов в виде окклюзионных повязок курс лечения составляет

- 5-6 месяцев
- 1-2 года
- 2-3 недели
- 1-4 месяца

Пациенту должны быть даны рекомендации ограничить потребление

- кофе и кофеинсодержащих продуктов
- пшеницы
- сырных и молочных изделий
- рыбы

При прогрессировании заболевания пациенту должны быть даны рекомендации избегать

- кофе и кофеинсодержащих продуктов
- пшеницы
- сырных и молочных изделий
- рыбы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На изменение формы и цвета ногтевых пластин кистей.

Анамнез заболевания

- * В течение 2 лет постоянного использования гелевого покрытия пациентка заметила изменение формы и цвета единичных ногтевых пластин кистей.
- * 3 месяца назад весной изменилась форма и цвет всех ногтевых пластин кистей. Обследование не проводилось.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * У родственников грибковых заболеваний не выявлено.
- * Аллергологический анамнез не отягощён.
- * Хирургических вмешательств не было.

Объективный статус

- * Поражение всех ногтевых пластин кистей хронического воспалительного характера.
- * Утолщены все ногти кистей за счёт подногтевого гиперкератоза, ногти отслоены от ногтевого ложа, до матрикса, ногти бело-жёлтого цвета, дистально-латеральная форма,
- * Эпонихион присутствует.
- * Кожа ладоней свободна от высыпаний.
- * Субъективные ощущения отсутствуют
- * Ногтевые пластины стоп не изменены.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- кофе и кофеинсодержащих продуктов
- пшеницы
- сырных и молочных изделий
- рыбы

Результаты обследования

Анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, является

- длительное использование гелевого покрытия
- начало заболевания 2 года назад

- посещение маникюрного кабинета
- ухудшение состояния весной

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза является

- множественное поражение ногтей
- наличие эпонихиона
- отсутствие субъективных симптомов
- изменение формы ногтей кистей

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- множественное поражение ногтей
- наличие эпонихиона
- отсутствие субъективных симптомов
- изменение формы ногтей кистей

Диагноз

В качестве первого препарата системной противогрибковой терапии больному можно назначить

- вориконазол
- гризеофульвин
- амфотерицин В
- итраконазол

Рекомендуемая доза тербинафина составляет +___+ мг в сутки перорально

- 62,5
- 125
- 500
- 250

Перед назначением системной антимикотической терапии у взрослых необходимо провести

- биохимическое исследование крови
- клинический анализ крови
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- общий анализ мочи

Рекомендуемая доза итраконазола составляет +___+ мг в сутки

- 200
- 400
- 300
- 100

Наружная противогрибковая терапия проводится до + _____ + отрицательных результатов на грибы

- 2
- 5
- 3
- 7

Итраконазол назначают по схеме

- пульс-терапии
- интермиттирующей
- ежедневной
- прерывистой

В случае отсутствия положительной динамики при приеме системного антимикотического препарата необходимо

- продолжить прием препарата
- отменить лечение
- повысить дозу препарата
- сменить препарат

При проведении вторичной профилактики рекомендуется проводить

- продолжить прием препарата
- отменить лечение
- повысить дозу препарата
- сменить препарат

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 48 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже правой подмышечной впадины, сопровождающиеся выраженной болезненностью.

Анамнез заболевания

Впервые отметил появление отдельных болезненных высыпаний на коже правой подмышечной впадины 5 дней назад, затем высыпания сливались между собой, образуя крупный очаг поражения. Использовал наружно антибактериальные препараты без эффекта.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания: сахарный диабет 2 типа [E11], ХОБЛ [J44.9].
- * Аллергологический анамнез: аллергическая реакция в виде крапивницы на кошек.
- * Наследственность: не отягощена.
- * Хирургические вмешательства: аппендэктомия- 3 года назад.
- * Вредные привычки: курит с 26 лет по 1 пачке в день.
- * Условия быта: удовлетворительные.

Объективный статус

- Поражение кожи носит воспалительный характер.
- На коже правой подмышечной впадины расположен воспалительный инфильтрат синюшно-багрового цвета, спаянный с окружающими тканями.
- При пальпации отмечается выраженная болезненность.

Для подтверждения диагноза в данной клинической ситуации следует

- продолжить приём препарата
- отменить лечение
- повысить дозу препарата
- сменить препарат

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- продолжить приём препарата
- отменить лечение
- повысить дозу препарата
- сменить препарат

Диагноз

Гидраденит относится к

- пузырьным дерматозам
- вирусным дерматозам
- глубоким стафилодермиям

- поверхностным стрептодермиям

Фактором риска возникновения гидраденита в данной клинической ситуации является

- сахарный диабет 2 типа
- мужской пол
- хроническая обструктивная болезнь легких
- возраст

Дополнительным методом исследования при пиодермиях является

- серологическое исследование на HBsAg
- исследование уровня глюкозы в крови
- биохимический анализ крови
- общий анализ мочи

Первичные морфологические элементы при гидрадените трансформируются в

- рубцы
- вегетации
- чешуйки
- эрозии

В качестве терапии пациенту в данной клинической ситуации показано назначение системных

- цитостатиков
- антибиотиков
- ретиноидов
- глюкокортикостероидных препаратов

С целью проведения системной антибактериальной терапии пациенту необходимо назначить

- стрептомицин
- гентамицин
- ципрофлоксацин
- хлорамфеникол

Ципрофлоксацин при пиодермиях у взрослых назначается в дозе + _____ + мг перорально 2 раза в сутки

- 100-150

- 600-850
- 30-80
- 250-500

Волосы в области расположения пиодермических элементов рекомендуется

- депилировать
- эпилировать
- состригать
- сбривать

{nbsp}Staphylococcus aureus относятся к

- дрожжеподобным грибам
- грамположительным бактериям
- вирусным микроорганизмам
- грамотрицательным коккам

При гидрадените поражаются

- дрожжеподобным грибам
- грамположительным бактериям
- вирусным микроорганизмам
- грамотрицательным коккам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 26 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже спины.

Анамнез заболевания

2 дня назад впервые отметил появление болезненных высыпаний с гнойным содержимым на коже спин. Самостоятельно не лечился.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: сахарный диабет 1 типа[E10], генитальный герпес [A60.0].

* Аллергологический анамнез: непереносимости пищевых продуктов и лекарственных препаратов не отмечает.

* Наследственность: не отягощена.

* Хирургические вмешательства: аденоидэктомия в 7 лет.

- * Вредные привычки: курит по 12 сигарет в день.
- * Условия быта: удовлетворительные.
- * Не женат, постоянного полового партнера нет.

Объективный статус

- Поражение кожи носит воспалительный характер.
- Высыпания располагаются коже спины, представлены желтовато-белыми пустулами, пронизанными волосом.

Для подтверждения диагноза в данной клинической ситуации следует

- дрожжеподобным грибам
- грамположительным бактериям
- вирусным микроорганизмам
- грамотрицательным коккам

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- дрожжеподобным грибам
- грамположительным бактериям
- вирусным микроорганизмам
- грамотрицательным коккам

Диагноз

Остиофолликулит относится к

- вирусным дерматозам
- пузырьным дерматозам
- поверхностным стафилодермиям
- глубоким стрептодермиям

Фактором риска возникновения пиодермии у пациента является

- сахарный диабет 1 типа
- генитальный герпес
- мужской пол
- возраст

Дополнительным методом исследования при пиодермиях является

- биохимический анализ крови
- исследование уровня глюкозы в крови

- общий анализ мочи
- серологическое исследование на ВИЧ

Первичные морфологические элементы при остеофолликулитах трансформируются в

- пигментацию
- рубцы
- язвы
- трещины

В качестве лечения в данной клинической ситуации показано назначение наружных _____ препаратов

- иммуносупрессивных
- глюкокортикостероидных
- антисептических препаратов
- антимикотических

В качестве терапии стрептококкового импетиго к наружным антисептическим средствам следует присоединить топические

- антибактериальные препараты
- ретиноиды
- ингибиторы кальциневрина
- глюкокортикостероидные препараты

Системные ретиноиды при пиодермиях назначают в случае

- вульгарного сикоза
- абсцедирующего фолликулита
- поверхностного панариция
- буллезного импетиго

Волосы в области расположения пиодермических элементов рекомендуется

- выщипывать
- состригать
- сбривать
- эпилировать

Staphylococcus aureus относятся к

- вирусным микроорганизмам
- дрожжеподобным грибам

- грамотрицательным коккам
- грамположительным бактериям

Экзогенным фактором, способствующим развитию пиодермий является

- вирусным микроорганизмам
- дрожжеподобным грибам
- грамотрицательным коккам
- грамположительным бактериям

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 56 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания в правой подмышечной области, сопровождающиеся болезненностью.

Анамнез заболевания

Считает себя больной 4 дня, когда впервые отметила появление болезненности, а затем и высыпаний на коже правой подмышечной области, сливающихся в крупный очаг поражения.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: сахарный диабет 2 типа [E11], хронический геморрой [K64.0]. +

Аллергологический анамнез: непереносимости пищевых продуктов и лекарственных препаратов не отмечает. +

Наследственность: у отца рак легких в 42 года. +

Хирургические вмешательства: 7 лет назад-холецистэктомия. +

Вредные привычки: отрицает. +

Условия быта: удовлетворительные.

Объективный статус

Поражение кожи носит воспалительный характер. +

Высыпания располагаются коже правой подмышечной впадин в виде воспалительных инфильтратов синюшно-багрового цвета, спаяны между собой и с окружающими тканями. На поверхности некоторых инфильтратов имеется гнойное отделяемое. При пальпации отмечается выраженная болезненность.

Для подтверждения диагноза в данной клинической ситуации следует

- вирусным микроорганизмам

- дрожжеподобным грибам
- грамотрицательным коккам
- грамположительным бактериям

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- вирусным микроорганизмам
- дрожжеподобным грибам
- грамотрицательным коккам
- грамположительным бактериям

Диагноз

Гидраденит относится к

- пузырьным дерматозам
- поверхностным стрептодермиям
- акнеформным заболеваниям
- глубоким стафилодермиям

Фактором риска возникновения гидраденита в данной клинической ситуации является

- хронический геморрой
- отягощенная наследственность
- женский пол
- сахарный диабет 2 типа

Дополнительным методом исследования при пиодермиях является

- общий анализ мочи
- анализ крови на антитела к ДНК нативной
- биохимический анализ крови
- исследование уровня глюкозы в крови

Первичные морфологические элементы при гидрадените трансформируются в

- чешуйки
- вегетации
- рубцы
- эрозии

В качестве терапии пациентке в данной клинической ситуации показано назначение системных + _____ препаратов

- антибактериальных
- глюкокортикостероидных
- цитостатических
- нестероидных противовоспалительных

С целью проведения системной антибактериальной терапии пациентке необходимо назначить

- цефалексин
- хлорамфеникол
- стрептомицин
- гентамицин

Цефалексин при пиодермиях у взрослых назначается в дозе + _____ + мг перорально 4 раза в сутки

- 100-150
- 600-700
- 800-1000
- 250-500

Волосы в области расположения пиодермических элементов рекомендуется

- состригать
- эпилировать
- сбривать
- выщипывать

{nbsp}Staphylococcus aureus относятся к

- грамотрицательным коккам
- грамположительным бактериям
- вирусным микроорганизмам
- дрожжеподобным грибам

При гидрадените поражаются

- грамотрицательным коккам
- грамположительным бактериям
- вирусным микроорганизмам
- дрожжеподобным грибам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 41 год обратился на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 20-ти лет, когда впервые отметил появление единичных высыпаний на коже волосистой части головы и разгибательной поверхности верхних конечностей, в связи с чем обратился к врачу-дерматовенерологу в частный медицинский центр, где был установлен диагноз аллергического дерматита, назначена наружная терапия глюкокортикостероидами, с временным положительным эффектом. +

Спустя несколько месяцев отметил появление свежих высыпаний и их распространение на кожу туловища и нижних конечностей. +

Течение заболевания приобрело волнообразный характер, с периодами обострений 2 раза в год в осенне-весенний период. +

Настоящее обострение длится в течение 2 месяцев. +

Появление свежих высыпаний отметил после травматизации кожи.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально.

* Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ.

* Хирургические вмешательства: холецистэктомия в 2015 году.

* Наследственность: у бабушки по линии отца псориаз.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Курит, стаж 20 лет, по 1 пачке в день. Злоупотребление алкоголем отрицает.

* 2 месяца назад вернулся из Мексики, где проводил отпуск.

Объективный статус

* Кожный патологический процесс носит распространенный характер.

* Высыпания локализуются на коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностей.

* Представлены бляшками ярко-розового цвета, сливающимися между собой в обширные очаги поражения, с выраженной инфильтрацией и серебристыми чешуйками на поверхности.

* При поскабливании бляшки определяется капельное кровотечение.

* Отмечается умеренная сухость кожных покровов.

* Ногтевые пластинки кистей не изменены. Отмечается подногтевой

гиперкератоз, желтоватый цвет ногтевых пластинок стоп.

* Субъективно – незначительный зуд.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- грамотрицательным коккам
- грамположительным бактериям
- вирусным микроорганизмам
- дрожжеподобным грибам

Результаты обследования

К анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, относят

- поездку в Мексику
- возраст пациента
- холецистэктомию
- псориаз у бабушки

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза является наличие

- умеренной сухости кожи
- высыпаний на туловище
- незначительного зуда
- псориазической триады

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- умеренной сухости кожи
- высыпаний на туловище
- незначительного зуда
- псориазической триады

Диагноз

К основным морфологическим изменениям в коже при псориазе относят

- спонгиоз
- гранулез
- акантоз
- акантолиз

В качестве системной терапии пациенту рекомендуется назначить

- ацитретин
- преднизолон
- изотретиноин
- гризеофульвин

Рекомендуемая доза ацитретина составляет + ___ + мг/кг в сутки

- 0,1
- 0,5
- 100
- 15

При выборе ацитретина для системной терапии псориаза необходимо предварительно провести контроль функции

- костного мозга
- кишечника
- селезенки
- печени

При назначении терапии ацитретином пациенту показано наблюдение у

- косметолога
- офтальмолога
- оториноларинголога
- стоматолога

Назначение препаратов системного действия пациенту обусловлено

- генетической предрасположенностью
- длительностью заболевания
- положительной псориатической триадой
- тяжелой степенью псориаза

Для оценки клинической степени тяжести псориаза рекомендуется использовать индекс

- {nbsp}PASI
- {nbsp}PSSI
- sPGA
- {nbsp}DAS28

Появление свежих высыпаний после травматизации в данном клиническом случае относится к проявлениям

- {nbsp}PASI
- {nbsp}PSSI
- sPGA
- {nbsp}DAS28

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 31 год обратилась на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже волосистой части головы, туловища, сопровождающиеся умеренным зудом.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с 14-летнего возраста, когда впервые отметила появление высыпаний на коже волосистой части головы. +

К врачам не обращалась, самостоятельно лечилась наружными глюкокортикостероидами, с положительным эффектом. +

Со временем течение кожного патологического процесса приобрело хронический волнообразный характер с периодическими обострениями 1-2 раз в год в осенне-зимнее время. +

Год назад отметила изменение ногтей пластинок кистей. +

В течение последних 3х месяцев отмечает распространение высыпаний на кожу туловища, отсутствие эффекта от наружной терапии. Настоящее обострение связывает со стрессом из-за проблем в семье.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально.

* Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. С 2012 года состоит на учете у гепатологов с диагнозом: лекарственный гепатит. Хронический гастрит. Гиперхолестеринемия. Аутоиммунный тиреоидит. Эутиреоз.

* Хирургические вмешательства: отрицает.

* Наследственность: у матери бронхиальная астма.

* Аллергоанамнез: лекарственная аллергия на цефтриаксон в виде крапивницы.

* Не курит, алкоголь отрицает.

Объективный статус

* Кожный патологический процесс носит распространенный характер.

* Высыпания локализуются на коже волосистой части головы, туловища.

- * Представлены бляшками ярко-розового цвета, сливающимися между собой в обширные очаги поражения на коже волосистой части головы, с выраженной инфильтрацией и серебристыми чешуйками на поверхности.
- * При поскабливании бляшки определяется капельное кровотечение.
- * Отмечается умеренная сухость кожных покровов.
- * Ногтевые пластинки кистей изменены: отмечаются множественные углубления, желтоватый цвет ногтевых пластинок, онихолизис.
- * Субъективно – умеренный зуд.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- {nbsp}PASI
- {nbsp}PSSI
- sPGA
- {nbsp}DAS28

Результаты обследования

К анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, относят

- отсутствие эффекта от наружной терапии
- связь со стрессом
- отягощенную наследственность по астме
- лекарственную аллергию на цефтриаксон

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза является наличие

- бляшек и серебристых чешуек
- сухости кожных покровов
- высыпаний на туловище
- умеренного зуда

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- бляшек и серебристых чешуек
- сухости кожных покровов
- высыпаний на туловище
- умеренного зуда

Диагноз

В качестве системной терапии пациентке рекомендуется назначить

- апремиласт
- изотретиноин
- преднизолон
- хлорохин

Рекомендуемая доза апремиласта составляет + _____ + мг в сутки

- 100
- 60
- 150
- 20

При выборе терапии апремиластом у пациента необходимо исключить

- гиперхолестеринемию
- псориатический артрит
- беременность
- заболевания глаз

Начальное титрование дозы требуется при назначении системной терапии препаратом

- ацитретин
- метотрексат
- апремиласт
- тофацитиниб

Назначение препаратов системного действия пациенту обусловлено

- аутоиммунным тиреоидитом в анамнезе
- поражением волосистой части головы
- резистентностью к наружной терапии
- длительностью псориаза более 10 лет

Для оценки общей площади поражения кожи псориазом рекомендуется использовать индекс

- {nbsp}BSA
- {nbsp}NAPSI
- {nbsp}BASDAI
- sPGA

К характерному симптому изменения ногтевых пластинок при псориазе относят

- поражение ногтей на кистях
- желтоватый цвет
- тотальное поражение
- точечные углубления

Появление капельного кровотечения при поскабливании бляшки относится к проявлениям

- поражение ногтей на кистях
- желтоватый цвет
- тотальное поражение
- точечные углубления

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 32 лет, брокер, ведет малоподвижный образ жизни с частыми стрессами, обратился к дерматологу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На высыпания на коже коленей и локтей, волосистой части головы; субъективно: боль и скованность суставов.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые заметил появление высыпаний на коже коленных и локтевых суставов. Зимой они становятся более яркими, летом после пребывания на солнце исчезают. Месяц назад после перенесенной респираторной инфекции стали беспокоить ноющие боли в мелких суставах правой кисти, а по утрам отмечается их скованность. Ничем не лечился.

Анамнез жизни

- * страдает ожирением II степени, по-видимому алиментарного характера
- * курит, употребляет алкоголь
- * профессиональные вредности: нервная работа

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Вес 100 кг, рост 175 см. Температура тела 36,7⁰С. ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Стул регулярный, 1 раз в день, мочеиспускание свободное.

***Локальный статус*:** Процесс хронического воспалительного характера.

Высыпания мономорфные симметричные, необильные. Высыпания локализуются на коже локтей и коленей, волосистой части головы, представлены плоскими папулами с шероховатой поверхностью, размером от 3-х до 7 мм, кроме того имеются немногочисленные бляшки ярко-розового цвета с четкими границами размером 3х4 см, на поверхности элементов имеются серебристые, легко отпадающие чешуйки. Дистальные межфаланговые суставы 2, 3 и 5 пальцев правой кисти отечны кожа в этих местах с красновато-синюшным оттенком. Кожные покровы сухие, теплые, цвет вне очагов поражения бледно-розовый. Видимые слизистые обычного цвета. На ногтях кистей определяется симптом Наперстка
Субъективно: боль и скованность в мелких суставах.

Для постановки диагноза основным методом лабораторного обследования является

- поражение ногтей на кистях
- желтоватый цвет
- тотальное поражение
- точечные углубления

Результаты лабораторного метода обследования

Патогномоничными симптомами для псориаза являются

- поражение ногтей на кистях
- желтоватый цвет
- тотальное поражение
- точечные углубления

Результаты обследования

Для постановки диагноза дополнительным инструментальным методом обследования является

- поражение ногтей на кистях
- желтоватый цвет
- тотальное поражение
- точечные углубления

Результаты инструментального метода обследования

На основании анамнеза и клинической картины можно выставить диагноз

- поражение ногтей на кистях
- желтоватый цвет
- тотальное поражение
- точечные углубления

Диагноз

Учитывая клиническую картину дальнейшее лечение пациента должно проводиться в условиях + _____ + отделения

- дерматовенерологического
- терапевтического
- ревматологического
- амбулаторного

Комплексная терапия должна включать

- метотрексат в\м 1 раз в неделю №5-6
- тиосульфат натрия в\в 1 р/сут №10
- витамины группы В в\м №10
- глюконат кальция 1 раз в сутки в\м №10

Для достижения максимального терапевтического эффекта фототерапия должна сочетаться с

- озонотерапией
- аутогемотерапией
- баротерапией
- мазевой терапией

В данной ситуации наиболее эффективным методом фототерапии является

- солярий
- селективная фототерпия
- узкополосная УФБ
- лампа Солюкс

Спектр УФ используется при узкополосной фототерапии

- длинноволновый
- коротковолновой УФ
- ультразвуковой
- средневолновый

При назначении метотрексата необходимо контролировать такие лабораторные показатели, как

- гематокрит, базофилы
- гемоглобин, моноциты
- лейкоциты, тромбоциты
- эозинофилы, эритроциты

Для топической терапии наиболее эффективными средствами являются

- нестероидные противовоспалительные
- анилиновые красители
- репаранты
- глюкокортикостероиды

Учитывая клиническую форму псориаза наиболее эффективной формой топических ГКС с кератолитическим компонентом является

- нестероидные противовоспалительные
- анилиновые красители
- репаранты
- глюкокортикостероиды

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 27 лет обратился на консультацию к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже туловища и верхних конечностей.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 2 недель, когда впервые появились высыпания на коже туловища и верхних конечностей. Высыпания появились в летнее время, через некоторое время после простуды, по поводу которой принимал противовирусные препараты.

Анамнез жизни

- * Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. +
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. +
- * Хирургические вмешательства: отрицает. +
- * Аллергоанамнез: не отягощен. +
- * Наследственность: не отягощена. +

- * Семейное положение: не женат, периодические случайные половые связи. +
- * Последний половой контакт примерно 3 месяца назад.

Объективный статус

Поражение кожи носит распространенный характер. Высыпания располагаются на коже туловища, преимущественно на передней и боковых поверхностях груди и живота, а также на сгибательных поверхностях плеч и предплечий. Высыпания представлены множественными розово-красными розеолами и папулами, округлой формы, имеют четкие очертания, в среднем размером 0,5-1 см. Высыпания не сливаются между собой, исчезают при надавливании, папулы плотные, поверхность гладкая, субъективные ощущения отсутствуют. Видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний не выявлено. Кожные покровы половых органов нормальной окраски, высыпаний не выявлено. В области наружного отверстия уретры изменений нет, выделения из уретры отсутствуют. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны с окружающими тканями.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- нестероидные противовоспалительные
- анилиновые красители
- репаратанты
- глюкокортикостероиды

Результаты обследования

Значимыми данными анамнеза, позволяющим предположить диагноз, являются

- связь заболевания с приемом лекарственных препаратов
- начало заболевания в летнее время года
- появление высыпаний через 3 месяца после последнего полового контакта
- перенесенная респираторная вирусная инфекция

Наиболее информативными клиническими признаками для постановки диагноза являются высыпания

- склонные к периферическому росту и слиянию
- округлой формы и четких очертаний
- сопровождающиеся зудом
- с островоспалительными явлениями

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- склонные к периферическому росту и слиянию
- округлой формы и четких очертаний
- сопровождающиеся зудом
- с островоспалительными явлениями

Диагноз

Препаратом выбора для лечения больных вторичным сифилисом в амбулаторных условиях является

- карбенициллина динатриевая соль
- ампициллина натриевая соль
- дибензилэтилендиаминовая соль бензилпенициллина
- оксациллина натриевая соль

Разовая доза дибензилэтилендиаминовой соли бензилпенициллина при лечении взрослых, больных вторичным сифилисом, составляет +___+ млн ЕД

- 2,4
- 7,2
- 4,8
- 1,2

При лечении взрослых больных вторичным сифилисом рекомендуется назначить +_____+ внутримышечных инъекций дибензилэтилендиаминовой соли бензилпенициллина

- 2
- 4
- 6
- 3

Препаратом выбора для лечения больных вторичным сифилисом в стационарных условиях является

- тобрамицин
- ванкомицин
- амикацин
- бензилпенициллина натриевая соль

Суточная доза бензилпенициллина натриевой соли при лечении взрослых больных вторичным сифилисом составляет +_____+ млн ЕД

- 2
- 6
- 4
- 8

Продолжительность лечения бензилпенициллина натриевой солью взрослых больных вторичным сифилисом составляет +__+ суток

- 10
- 14
- 20
- 28

Клинико-серологический контроль в течение первого года после окончания специфического лечения осуществляют 1 раз в +_____+ месяца

- 2
- 3
- 1,5
- 4

Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, показано превентивное лечение, у которых с момента контакта прошло не более +_____+ месяцев

- 2
- 3
- 1,5
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 29 лет обратился на консультацию к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже туловища и верхних конечностей.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 2 недель, когда впервые появились высыпания на коже туловища и затем постепенно распространились на верхние конечности. Высыпания появились через некоторое время после простуды, по

поводу которой принимал противовирусные и жаропонижающие препараты. Пациент указывает на бытовые контакты с больным корью 2 недели назад.

Анамнез жизни

- * Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. +
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. +
- * Хирургические вмешательства: отрицает. +
- * Аллергоанамнез: не отягощен. +
- * Наследственность: не отягощена. +
- * Семейное положение: не женат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 2,5 месяца назад.

Объективный статус

Поражение кожи носит распространенный характер. Высыпания располагаются на коже туловища, преимущественно на передней и боковых поверхностях груди и живота. Высыпания представлены множественными розово-красными розеолами, округлой формы, имеют четкие очертания, в среднем размером 0,5-1 см. Высыпания не сливаются между собой, исчезают при надавливании, субъективные ощущения отсутствуют. Видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний не выявлено. Кожные покровы половых органов нормальной окраски, высыпаний не выявлено. + Слизистая оболочка наружного отверстия уретры не измененная, выделения из уретры отсутствуют. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны с окружающими тканями.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- 2
- 3
- 1,5
- 4

Результаты обследования

Анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, является

- перенесенная острая респираторная вирусная инфекция
- прием жаропонижающих лекарственных препаратов
- появление высыпаний через 2 месяца после полового контакта
- бытовые контакты с больным корью

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза являются высыпания

- с островоспалительными явлениями
- склонные к периферическому росту и слиянию
- округлой формы и четких очертаний
- сопровождающиеся зудом

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- с островоспалительными явлениями
- склонные к периферическому росту и слиянию
- округлой формы и четких очертаний
- сопровождающиеся зудом

Диагноз

Препаратом выбора для лечения больных вторичным сифилисом в амбулаторных условиях является

- ампициллина калиевая соль
- карбенициллина динатриевая соль
- дибензилэтилендиаминовая соль бензилпенициллина
- оксациллина натриевая соль

Разовая доза дибензилэтилендиаминовой соли бензилпенициллина при лечении взрослых больных вторичным сифилисом составляет + _____ + млн.

ЕД

- 7,2
- 2,4
- 4,8
- 1,2

Препаратом выбора для лечения больных вторичным сифилисом в стационарных условиях является

- бензилпенициллина натриевая соль
- амикацин
- тобрамицин
- ванкомицин

Суточная доза бензилпенициллина натриевой соли при лечении взрослых больных вторичным сифилисом составляет + _____ + млн. ЕД

- 4
- 2

- 6
- 8

После первого введения антибиотика у пациентов с сифилисом может развиться реакция

- Белоусова — Жаботинского
- Дильса-Альдера
- Куленковича
- Яриша-Герксгеймера

Продолжительность лечения бензилпенициллина натриевой солью взрослых больных вторичным сифилисом составляет + _____ + суток

- 14
- 10
- 28
- 20

Клинико-серологический контроль после окончания специфического лечения в течение первого года наблюдения осуществляют 1 раз в + _____ + месяца

- 1,5
- 3
- 4
- 2

Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, показано превентивное лечение, у которых с момента контакта прошло не более + _____ + месяцев

- 1,5
- 3
- 4
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 25 лет обратился на консультацию к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На выпадение волос на голове.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 3 недель, когда впервые отметил выпадение волос на голове. За некоторое время до выпадения волос заболел простудой, по поводу которой принимал противовирусные и жаропонижающие препараты.

Анамнез жизни

- * Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. +
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. +
- * Хирургические вмешательства: отрицает. +
- * Аллергоанамнез: непереносимость препаратов пенициллина. +
- * Наследственность: неотягощена. +
- * Семейное положение: не женат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 5 месяца назад. +
- * Пациент сельский житель, работает на ферме.

Объективный статус

На волосистой части головы очаги алопеции, располагаются преимущественно в височной, теменной и затылочной областях. Очаги алопеции неправильно округлой формы диаметром 1-1,5 см (мелкоочаговые), расположенные беспорядочно и не сливающиеся (картина «меха, побитого молью»). Субъективные ощущения отсутствуют. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний не выявлено. Кожные покровы половых органов нормальной окраски, высыпаний не выявлено. Слизистая оболочка наружного отверстия уретры не измененная, выделения из уретры отсутствуют. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- 1,5
- 3
- 4
- 2

Результаты обследования

Важными данными анамнеза, позволяющим предположить диагноз, является

- связь заболевания с острой респираторной вирусной инфекцией
- прием лекарственных препаратов

- появление алопеции через 5 месяцев после последнего полового контакта
- контакт с домашними животными

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- связь заболевания с острой респираторной вирусной инфекцией
- прием лекарственных препаратов
- появление алопеции через 5 месяцев после последнего полового контакта
- контакт с домашними животными

Диагноз

У пациента стадия + _____ + сифилис

- третичный
- первичный
- поздний скрытый
- вторичный

Препаратом выбора для лечения больных вторичным сифилисом является

- тобрамицин
- ванкомицин
- цефтриаксон
- амикацин

Суточная доза цефтриаксона при лечении взрослых больных вторичным сифилисом составляет + ___ + г

- 1,0
- 2,0
- 0,5
- 0,25

Продолжительность лечения цефтриаксоном взрослых больных вторичным сифилисом составляет + _____ + суток

- 10
- 20
- 14
- 28

Препаратом выбора для лечения больных вторичным сифилисом, с непереносимостью пенициллинов, в амбулаторных условиях является

- спирамицин
- левофлоксацин
- рифампицин
- доксициклин

Суточная доза доксициклина при лечении взрослых больных вторичным сифилисом составляет + _____ + г

- 0,4
- 0,1
- 0,2
- 0,6

Продолжительность лечения доксициклином взрослых больных вторичным сифилисом составляет + _____ + суток

- 10
- 28
- 14
- 21

Клинико-серологический контроль после окончания специфического лечения в течение первого года наблюдения осуществляют 1 раз в + _____ + месяца

- 4
- 1,5
- 3
- 2

Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, показано превентивное лечение, у которых с момента контакта прошло не более + _____ + месяцев

- 4
- 1,5
- 3
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 37 лет обратился на консультацию к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже туловища.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 2 недель, когда впервые высыпания появились на коже туловища. Высыпания появились через некоторое время после простуды, по поводу которой принимал противовирусные и жаропонижающие препараты.

Анамнез жизни

- * Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. +
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. +
- * Хирургические вмешательства: отрицает. +
- * Аллергоанамнез: непереносимость препаратов пенициллина. +
- * Наследственность: у отца псориаз. +
- * Семейное положение: не женат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 3 месяца назад.

Объективный статус

Поражение кожи носит распространенный характер. Высыпания располагаются на коже туловища, преимущественно на передней и боковых поверхностях груди и живота. Высыпания представлены множественными розово-красными розеолами и папулами, округлой формы, имеют четкие границы, размером 0,5-1 см. Высыпания не сливаются между собой, исчезают при надавливании, папулы плотные, поверхность гладкая, субъективные ощущения отсутствуют. Видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний не выявлено. Кожные покровы половых органов нормальной окраски, высыпаний не выявлено. Слизистая оболочка наружного отверстия уретры не измененная, выделения из уретры отсутствуют. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны с окружающими тканями.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- 4
- 1,5
- 3
- 2

Результаты обследования

Анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, является

- прием жаропонижающих лекарственных препаратов
- отягощенный по псориазу семейный анамнез
- появление высыпаний через 3 месяца после последнего полового контакта
- связь заболевания с острой респираторной вирусной инфекцией

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- прием жаропонижающих лекарственных препаратов
- отягощенный по псориазу семейный анамнез
- появление высыпаний через 3 месяца после последнего полового контакта
- связь заболевания с острой респираторной вирусной инфекцией

Диагноз

Наиболее вероятной стадией инфекции у пациента является + _____ + сифилис

- первичный
- поздний
- вторичный
- третичный

Препаратом выбора для лечения больных вторичным сифилисом в амбулаторных и/или стационарных условиях является

- тобрамицин
- амикацин
- ванкомицин
- цефтриаксон

Суточная доза цефтриаксона при лечении взрослых больных вторичным сифилисом составляет + ____ + г

- 0,25
- 1,0
- 2,0
- 0,5

Продолжительность лечения цефтриаксоном взрослых больных вторичным сифилисом составляет +__+ суток

- 20
- 28
- 10
- 14

Препаратом резерва для лечения больных вторичным сифилисом с непереносимостью пенициллинов в амбулаторных условиях является

- спирамицин
- рифампицин
- левофлоксацин
- доксициклин

Суточная доза доксициклина при лечении взрослых больных вторичным сифилисом составляет +___+ г

- 0,2
- 0,6
- 0,1
- 0,4

Рекомендуемая продолжительность лечения доксициклином взрослых больных вторичным сифилисом составляет +__+ суток

- 14
- 10
- 20
- 28

Для подтверждения эффективности лечения клинико-серологический контроль после окончания специфического лечения в течение первого года наблюдения осуществляют 1 раз в +__+ месяца

- 2
- 3
- 4
- 1,5

Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, показано превентивное лечение, у которых с момента контакта прошло не более +__+ месяцев

- 2
- 3
- 4
- 1,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 58 лет обратился на консультацию к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на языке.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 2 недель, когда впервые появились высыпания в виде эрозий на спинке языка. За несколько дней до появления высыпаний заболел простудой, по поводу которой принимал противовирусные препараты.

Анамнез жизни

* Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Герпетическая инфекция.

Сахарный диабет 2 типа. +

* Курит, алкоголем не злоупотребляет. +

* Хирургические вмешательства: аппендэктомия. +

* Аллергоанамнез: не отягощен. +

* Наследственность: не отягощена. +

* Семейное положение: не женат, периодические случайные половые связи.

Последний половой контакт примерно 3 месяца назад.

Объективный статус

Высыпания располагаются на спинке языка в виде эрозивных папул, округлых очертаний, размером 1 x 1,5 см, с неровными краями, гладким, блестящим дном, сосочки в области высыпаний практически отсутствуют (так называемые "лоснящиеся" папулы, бляшки "скошенного луга"). Субъективные ощущения отсутствуют. Кожные покровы нормальной окраски, высыпаний не выявлено. Кожные покровы половых органов нормальной окраски, высыпаний не выявлено. Слизистая оболочка наружного отверстия уретры не измененная, выделения из уретры отсутствуют. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны с окружающими тканями.

Диагностическим методом, необходимым для подтверждения диагноза, является

- 2

- 3
- 4
- 1,5

Результаты обследования

Данные анамнеза, позволяющие предположить заболевание передающееся половым путем, является

- связь заболевания с сахарным диабетом 2 типа
- появление высыпаний через 3 месяца после полового контакта
- прием противовирусных лекарственных препаратов
- связь заболевания с герпетической инфекцией

Учитывая локализацию процесса в ротовой полости, наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- связь заболевания с сахарным диабетом 2 типа
- появление высыпаний через 3 месяца после полового контакта
- прием противовирусных лекарственных препаратов
- связь заболевания с герпетической инфекцией

Диагноз

Период заболевания наблюдаемый у пациента является + _____ + сифилис

- третичный
- вторичный
- первичный
- ранний скрытый

Препаратом выбора для лечения больных вторичным сифилисом в амбулаторных условиях является

- карбенициллина динатриевая соль
- дибензилэтилендиаминовая соль бензилпенициллина
- оксациллина натриевая соль
- ампициллина натриевая соль

Разовая доза дибензилэтилендиаминовой соли бензилпенициллина при лечении взрослых больных вторичным сифилисом составляет + __ + млн. ЕД

- 1,2
- 7,2

- 2,4
- 4,8

При лечении взрослых больных вторичным сифилисом рекомендуется назначить +__+ внутримышечных инъекций дибензилэтилендиаминовой соли бензилпенициллина

- 3
- 4
- 6
- 2

Препаратом выбора для лечения больных вторичным сифилисом в стационарных условиях является

- амикацин
- тобрамицин
- бензилпенициллин
- ванкомицин

Суточная доза бензилпенициллина натриевой соли при лечении взрослых больных вторичным сифилисом составляет +__+ млн. ЕД

- 8
- 4
- 2
- 6

При лечении взрослых больных вторичным сифилисом продолжительность лечения бензилпенициллина натриевой солью составляет +__+ суток

- 10
- 20
- 14
- 28

В течение первого года наблюдения осуществляют клинико-серологический контроль, после окончания специфического лечения, с частотой 1 раз в +__+ месяца

- 4
- 1,5
- 2
- 3

Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, показано превентивное лечение, у которых с момента контакта прошло не более +__+ месяцев

- 4
- 1,5
- 2
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 62 лет обратился на консультацию к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже туловища.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 2 недель, когда впервые высыпания появились на коже туловища. Высыпания появились через некоторое время после простуды, по поводу которой принимал противовирусные препараты.

Анамнез жизни

- * Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Гипертоническая болезнь. +
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. +
- * Хирургические вмешательства: аппендэктомия. +
- * Аллергоанамнез: не отягощен. +
- * Наследственность: у матери пузырьчатка. +
- * Семейное положение: не женат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 3 месяца назад.

Объективный статус

Поражение кожи носит распространенный характер. Высыпания располагаются на коже туловища, преимущественно на передней поверхности груди, представлены множественными медно-красными папулами округлой формы, имеют четкие очертания, местами сгруппированные. На поверхности некоторых папул отмечаются корочки, а также единичные пузырьки и мелкие эрозии.

Субъективные ощущения отсутствуют. +

Видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний не выявлено. +
Кожные покровы половых органов нормальной окраски, высыпаний не выявлено. +

Слизистая оболочка наружного отверстия уретры не измененная, выделения из

уретры отсутствуют. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, не спаяны с окружающими тканями.

Методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- 4
- 1,5
- 2
- 3

Результаты обследования

Анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, является

- появление высыпаний через 3 месяца после полового контакта
- приемом противовирусных лекарственных препаратов
- связь заболевания с острой респираторной вирусной инфекцией
- наследственная предрасположенность

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза являются

- корки
- эрозии
- папулы
- пузырьки

Диагнозом, соответствующим данной клинической ситуации, является

- корки
- эрозии
- папулы
- пузырьки

Диагноз

Препаратом выбора для лечения больных вторичным сифилисом в амбулаторных условиях является

- оксациллина натриевая соль
- ампициллина натриевая соль
- карбенициллина натриевая соль
- дибензилэтилендиаминовая соль бензилпенициллина

Разовая доза дибензилэтилендиаминовой соли бензилпенициллина при лечении взрослых больных вторичным сифилисом составляет + ____ + млн. ЕД

- 2,4
- 4,8
- 1,2
- 7,2

При лечении взрослых больных вторичным сифилисом рекомендуется назначить + ____ + внутримышечных инъекций дибензилэтилендиаминовой соли бензилпенициллина

- 4
- 3
- 6
- 2

Препаратом выбора для лечения больных вторичным сифилисом в стационарных условиях является

- бензилпенициллина натриевая соль
- амикацин
- тобрамицин
- ванкомицин

Суточная доза бензилпенициллина натриевой соли при лечении взрослых больных вторичным сифилисом составляет + __ + млн. ЕД

- 4
- 2
- 8
- 6

Продолжительность лечения бензилпенициллина натриевой солью при лечении взрослых больных вторичным сифилисом составляет + __ + суток

- 28
- 20
- 14
- 10

Клинико-серологический контроль после окончания специфического лечения в течение первого года наблюдения осуществляют 1 раз в + __ + месяца

- 3
- 4
- 2
- 1,5

Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, показано клинико-серологическое обследование, у которых с момента контакта прошло не более + ___+ месяцев

- 3
- 4
- 2
- 1,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 34 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На изменение формы и цвета 4 ногтевой пластины правой кисти.

Анамнез заболевания

Впервые месяц назад после проведения маникюра появилось воспаление на коже заднего валика 4 пальца правой кисти. Через месяц после пребывания на море и снятия гелевого покрытия пациентка заметила изменение цвета и формы 4 ногтя правой кисти. Обследование не проводилось.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * У родственников грибковых заболеваний не выявлено.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Хирургических вмешательств не было.

Объективный статус

- * Поражение 4 ногтя правой кисти хронического воспалительного характера.
- * Изменена 4 ногтевая пластина правой кисти по типу онихолизиса, проксимальная форма, жёлто-коричневого цвета.
- * Эпонихион отсутствует.
- * Гиперемия и отёк заднего валика 4 пальца правой кисти.
- * Ногтевые пластины стоп и левой кисти не изменены.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- 3
- 4
- 2
- 1,5

Результаты обследования

Анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, является

- снятие гелевого покрытия
- паронихия
- начало заболевания месяц назад
- пребывание на море

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза является

- единичное поражение ногтей
- проксимальная форма
- отсутствие эпонихиона
- жёлто-коричневый цвет

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- единичное поражение ногтей
- проксимальная форма
- отсутствие эпонихиона
- жёлто-коричневый цвет

Диагноз

В качестве первого препарата системной противогрибковой терапии больной можно назначить

- итраконазол
- гризеофульвин
- тербинафин
- вориконазол

Рекомендуемая доза итраконазола составляет + ___ + мг в сутки

- 200
- 400
- 50
- 100

Перед назначением системной антимикотической терапии у взрослых необходимо провести

- общий анализ мочи
- клинический анализ крови
- определение уровня комплимента в крови
- биохимическое исследование крови

При назначении флуконазола рекомендуемая доза составляет + _____ + мг в сутки

- 100
- 200
- 50
- 150

Наружная противогрибковая терапия проводится

- до отрицательного результата исследования чешуек ногтя на грибы
- 14 дней
- 30 дней
- 60 дней

Итраконазол назначают по схеме

- интермиттирующей
- ежедневной
- прерывистой
- пульс-терапии

Флуконазол назначают по схеме

- через день
- пульс-терапии
- интермиттирующей
- ежедневной

В случае отсутствия положительной динамики при приёме системного антимикотического препарата необходимо

- через день
- пульс-терапии
- интермиттирующей
- ежедневной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 35 лет обратился на консультацию к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на головке полового члена.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 7 дней, когда впервые появились высыпания в виде эрозий на головке полового члена. Увеличение лимфатических узлов в паховой области отмечает в течение 3 дней. Высыпания появились через некоторое время после простуды, по поводу которой принимал противовирусные препараты.

Анамнез жизни

- * Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. Генитальный герпес, рецидивирующее течение. +
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. +
- * Хирургические вмешательства: отрицает. +
- * Аллергоанамнез: не отягощен. +
- * Наследственность: не отягощена. +
- * Семейное положение: не женат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 1 месяц назад.

Объективный статус

Высыпания располагаются на головке полового члена в виде эрозий, округлых очертаний, размером 1 x 1 см, с ровными краями, гладким, блестящим дном красного цвета, с умеренно плотным инфильтратом в основании, безболезненные при пальпации. Паховые лимфатические узлы увеличены, безболезненны при пальпации, не спаяны между собой, подвижны. Видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний не выявлено.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является исследование

- через день
- пульс-терапии
- интермиттирующей
- ежедневной

Результаты обследования

Данными анамнеза, позволяющие предположить диагноз, является

- прием противовирусных лекарственных препаратов
- появление эрозий приблизительно через 1 месяц после полового контакта
- острая респираторная вирусная инфекция на кануне появления высыпаний
- носительство герпес-вирусной инфекции

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза являются безболезненные эрозии с

- округлых очертаний
- умеренно плотным основанием
- умеренным зудом
- серозным отделяемым

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- округлых очертаний
- умеренно плотным основанием
- умеренным зудом
- серозным отделяемым

Диагноз

Препаратом выбора для лечения больных первичным сифилисом в амбулаторных условиях является

- оксациллина натриевая соль
- ампициллина натриевая соль
- карбенициллина динатриевая соль
- дибензилэтилендиаминовая соль бензилпенициллина

Разовая доза дибензилэтилендиаминовой соли бензилпенициллина при лечении взрослых больных первичным сифилисом составляет + ___ + млн ЕД

- 2,4
- 7,2
- 1,2
- 4,8

После первого введения антибиотика у пациентов с сифилисом может развиваться реакция

- Белоусова — Жаботинского
- Яриша-Герксгеймера
- Дильса-Альдера
- Куленковича

Препаратом выбора для лечения больных первичным сифилисом в стационарных условиях является

- амикацин
- тобрамицин
- ванкомицин
- бензилпенициллина натриевая соль

Суточная доза бензилпенициллина натриевой соли при лечении взрослых больных первичным сифилисом составляет +__+ млн. ЕД

- 6
- 2
- 8
- 4

Продолжительность лечения бензилпенициллина натриевой солью взрослых больных первичным сифилисом составляет +__+ суток

- 10
- 28
- 14
- 20

Клинико-серологический контроль после окончания специфического лечения в течение первого года наблюдения осуществляют 1 раз в +_____+ месяца

- 6
- 3
- 2
- 4

Превентивному лечению подлежат лица, имевшие половой или тесный бытовой контакт с больными с ранними стадиями сифилиса, если с момента контакта прошло не более +__+ месяцев

- 6
- 3
- 2

- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 30 лет обратился на консультацию к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на половом члене.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 10 дней, когда впервые появились высыпания в виде эрозий в области уздечки полового члена. Увеличение лимфатических узлов в паховой области отмечает в течение 5 дней. Высыпания появились через некоторое время после простуды, по поводу которой принимал противовирусные и жаропонижающие препараты.

Анамнез жизни

- * Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. +
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. +
- * Хирургические вмешательства: отрицает. +
- * Аллергоанамнез: непереносимость препаратов пенициллина. +
- * Наследственность: у отца пузырчатка. +
- * Семейное положение: не женат, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 1,5 месяца назад.

Объективный статус

Высыпания располагаются на внутреннем листке крайней плоти в области уздечки полового члена в виде эрозивных элементов, округлых очертаний, размером 1x1 см, с ровными краями, гладким, блестящим дном красного цвета, с плотным инфильтратом в основании, безболезненные при пальпации. + Паховые лимфатические узлы увеличены, безболезненны при пальпации, не спаяны между собой, подвижны. +

Видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний не выявлено.

Для подтверждения диагноза основным методом обследования является

- 6
- 3
- 2
- 4

Результаты обследования

Данные анамнеза, позволяющие предположить диагноз, являются

- острая респираторная вирусная инфекция накануне появления высыпаний
- прием противовирусных лекарственных препаратов
- появление эрозий через 1,5 месяца после полового контакта
- генетическая предрасположенность

Для клинических проявлений эрозии при классическом варианте заболевания характерно

- серозно-гнойное отделяемое
- фестончатые края
- умеренный зуд
- плотное основание

Учитывая результаты обследования пациента, наиболее вероятным диагнозом является

- серозно-гнойное отделяемое
- фестончатые края
- умеренный зуд
- плотное основание

Диагноз

Препаратом выбора, при указании на непереносимость препаратов пенициллина, для лечения больных первичным сифилисом является

- ванкомицин
- амикацин
- тобрамицин
- цефтриаксон

Суточная доза цефтриаксона при лечении взрослых больных первичным сифилисом составляет +___+ г

- 1,5
- 1,0
- 0,5
- 2,0

Продолжительность лечения цефтриаксоном взрослых больных первичным сифилисом составляет +__+ суток

- 20
- 28
- 5
- 10

Вариантом препарата выбора для лечения больных первичным сифилисом при указании на непереносимость препаратов пенициллина является

- доксициклин
- рифампицин
- левофлоксацин
- спирамицин

Суточная доза доксициклина при лечении взрослых больных первичным сифилисом составляет +___+ мг

- 400
- 100
- 600
- 200

Продолжительность лечения доксициклином взрослых больных первичным сифилисом составляет +__+ суток

- 20
- 28
- 14
- 10

Взрослые и дети, получившие превентивное лечение после полового или тесного бытового контакта с больными ранними формами сифилиса, подлежат однократному клиникосерологическому обследованию через +_____+ мес. после лечения

- 1,5
- 4
- 2
- 3

Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, показано превентивное лечение, у которых с момента контакта прошло не более + ____ + месяцев

- 1,5
- 4
- 2
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 25 лет обратилась на консультацию к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпание на половой губе.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 2-х недель, когда впервые появилось высыпание в виде эрозии на половой губе, в дальнейшем сформировалась язва и увеличились лимфатические узлы в паховой области справа. За некоторое время до появления высыпания заболела простудой, по поводу которой принимала противовирусные препараты.

Анамнез жизни

- * Перенесенные и хронические заболевания: ОРВИ. +
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. +
- * Хирургические вмешательства: отрицает. +
- * Аллергоанамнез: не отягощен. +
- * Наследственность: у матери пузырчатка. +
- * Семейное положение: не замужем, периодические случайные половые связи. Последний половой контакт примерно 1,5 месяца назад.

Объективный статус

Высыпание располагается на правой половой губе в виде язвы округлых очертаний, размером 1х1,5 см, с не ровными краями, с блестящим дном красного цвета, с плотным инфильтратом в основании, безболезненной при пальпации. Паховые лимфатические узлы увеличены, безболезненны при пальпации, не спаяны между собой, подвижны. Кожные покровы нормальной окраски, высыпаний не выявлено.

Учитывая локализацию высыпаний, основным методом обследования, необходимым для уточнения диагноза, является

- 1,5
- 4
- 2
- 3

Результаты обследования

Важными диагностическими данными, полученными после осмотра пациента, будут

- паховые лимфатические узлы увеличены, безболезненны при пальпации, не спаяны между собой, подвижны
- генитальная локализация высыпаний
- признаки оволосения по мужскому типу
- чистые кожные покровы

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- паховые лимфатические узлы увеличены, безболезненны при пальпации, не спаяны между собой, подвижны
- генитальная локализация высыпаний
- признаки оволосения по мужскому типу
- чистые кожные покровы

Диагноз

У пациента + _____ + сифилис

- вторичный
- третичный
- первичный
- серонегативный

В данной ситуации целесообразно назначение терапии препаратом

- оксациллина натриевая соль
- карбенициллина динатриевая соль
- дибензилэтилендиаминовая соль бензилпенициллина
- ампициллина калиевая соль

Разовая доза дибензилэтилендиаминовой соли бензилпенициллина при лечении взрослых больных первичным сифилисом составляет + ___ + млн ЕД

- 4,8
- 7,2

- 2,4
- 1,2

Состояние развивающееся у больных сифилисом после начала терапии пенициллинами называется реакция

- Белоусова — Жаботинского
- Куленковича
- Дильса-Альдера
- Яриша-Герксгеймера

Препаратом выбора для лечения больных первичным сифилисом в стационарных условиях является

- бензилпенициллина натриевая соль
- амикацин
- тобрамицин
- ванкомицин

При лечении взрослых больных первичным сифилисом суточная доза бензилпенициллина натриевой соли составляет +__+ млн ЕД

- 4
- 2
- 8
- 6

Продолжительность лечения бензилпенициллина натриевой солью при лечении взрослых больных первичным сифилисом составляет +__+ суток

- 20
- 28
- 14
- 10

Дополнительное лечение пациентов проводится если через 1 год после полноценного лечения ранних форм сифилиса не произошло снижения титров РМП/РПР в +____+ раза

- 2
- 3
- 1,5
- 4

Лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, показано превентивное лечение, у которых с момента контакта прошло не более +__+ месяцев

- 2
- 3
- 1,5
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 32 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания в паховой области, сопровождающиеся болезненностью.

Анамнез заболевания

12 дней назад впервые отметила появление единичных высыпаний красного цвета на коже лобка, через 3 дня появилось гнойное содержимое, затем образовались корочки. На ранее здоровой коже паховой области появились аналогичные высыпания, сопровождающиеся болезненностью. Месяц назад использовала старый бритвенный станок для эпиляции. Самостоятельно использовала наружные антибактериальные средства, без эффекта.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: сахарный диабет 1 типа [E10], локализованная склеродермия [L94.0].

* Аллергологический анамнез: непереносимости пищевых продуктов и лекарственных препаратов не отмечает.

* Наследственность: у матери системная склеродермия.

* Хирургические вмешательства: аппендэктомия - 5 лет назад.

* Вредные привычки: отрицает.

* Условия быта: удовлетворительные.

* Замужем, постоянный половой партнер.

Объективный статус

- Поражение кожи носит воспалительный характер.
- Высыпания располагаются на коже лобка, паховых складок в виде множественных пустул с желтоватым содержимым, в центре которых виден волос, а также имеются желтоватые корки. При пальпации элементы болезненные

Для подтверждения диагноза в данной клинической ситуации следует

- 2
- 3
- 1,5
- 4

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- 2
- 3
- 1,5
- 4

Диагноз

Фолликулит относится к

- поверхностным стафилодермиям
- аутоиммунным заболеваниям
- глубоким стрептодермиям
- вирусным дерматозам

Фактором риска возникновения пиодермии у пациентки в данной клинической ситуации является

- локализованная склеродермия
- сахарный диабет 1 типа
- отягощенная наследственность
- женский пол

Дополнительным методом исследования при пиодермиях является

- общий анализ мочи
- биохимический анализ крови
- серологическое исследование на ВИЧ
- исследование уровня глюкозы в крови

Первичные морфологические элементы при фолликулитах трансформируются в

- язвы
- пигментацию

- чешуйки
- рубцы

В качестве лечения данной пациентке необходимо назначить системные + _____ + препараты

- антибактериальные
- глюкокортикостероидные
- десенсибилизирующие
- иммуномодулирующие

С целью проведения системной антибактериальной терапии пациентке необходимо назначить

- хлорамфеникол
- стрептомицин
- доксициклин
- гентамицин

Доксициклин при пиодермиях у взрослых назначается в дозе + ____ + мг/сут

- 300
- 200
- 400
- 100

Волосы в области расположения пиодермических элементов рекомендуется

- эпилировать
- сбривать
- выщипывать
- состригать

Staphylococcus aureus относится к

- дрожжеподобным грибам
- вирусным микроорганизмам
- грамотрицательным коккам
- грамположительным бактериям

Экзогенным фактором, способствующим развитию пиодермий, является

- дрожжеподобным грибам
- вирусным микроорганизмам
- грамотрицательным коккам

- грамположительным бактериям

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 57 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На боль, покраснение, чувство распирания в правой нижней конечности, а также на отек правой голени. +

Беспокоит повышение температуры тела до 38,7°C; недомогание.

Анамнез заболевания

Считает себя больным 3 дня, когда впервые отметил появление покраснения кожи правой голени, незначительно возвышающегося над поверхностью кожи, а также теплого на ощупь. На второй, третий день покраснение распространилось кожу правой нижней конечности, присоединилась отечность правой голени.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: гипертоническая болезнь 2 ст. [I11.0], хронический геморрой [K64.0].

* Аллергологический анамнез: непереносимости пищевых продуктов и лекарственных препаратов не отмечает.

* Наследственность: у матери сахарный диабет 2 типа.

* Травмы: перелом правой малоберцовой кости 3 недели назад (хирургическое лечение).

* Вредные привычки: отрицает.

* Условия быта: удовлетворительные.

Объективный статус

- Поражение кожи носит воспалительный характер.
- На коже правой нижней конечности локализуется эритема с приподнятыми краями, четкими границами, неправильных очертаний. На поверхности очага поражения локализуются множественные пузыри с прозрачным содержимым. Очаг воспаления отечный.
- При пальпации очаг воспаления горячий, болезненный.

Для подтверждения диагноза в данной клинической ситуации следует

- дрожжеподобным грибам
- вирусным микроорганизмам
- грамотрицательным коккам

- грамположительным бактериям

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- дрожжеподобным грибам
- вирусным микроорганизмам
- грамотрицательным коккам
- грамположительным бактериям

Диагноз

Рожа относится к

- глубоким стафилодермиям
- вирусным дерматозам
- аутоиммунным заболеваниям
- поверхностным стрептодермиям

Фактором риска возникновения рожи у пациента в данной клинической ситуации является

- перелом малоберцовой кости
- мужской пол
- гипертоническая болезнь 2 ст
- хронический геморрой

Дополнительным методом исследования при пиодермиях является

- серологическое исследование на ВИЧ
- общий анализ мочи
- общий анализ крови
- исследование уровня глюкозы в крови

При роже могут наблюдаться первичные элементы в виде

- бугорков
- волдырей
- розеол
- пузырей

В качестве лечения в данной клинической ситуации показано назначение системных + _____ + препаратов

- антибактериальных
- цитостатических
- глюкокортикостероидных
- иммуносупрессивных

С целью проведения системной антибактериальной терапии пациенту необходимо назначить

- доксициклин
- хлорамфеникол
- стрептомицин
- гентамицин

Доксициклин при пиодермиях у взрослых назначается в дозе + ___ + мг/сут

- 100
- 200
- 400
- 300

Волосы в области расположения пиодермических элементов рекомендуется

- депилировать
- состригать
- сбривать
- эпилировать

Streptococcus pyogenes относятся к

- вирусным микроорганизмам
- дрожжеподобным грибам
- грамотрицательным коккам
- грамположительным бактериям

Рожа на коже лица у взрослых является осложнением

- вирусным микроорганизмам
- дрожжеподобным грибам
- грамотрицательным коккам
- грамположительным бактериям

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 26 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на слизистой оболочке полости рта, на коже лица, туловища, не сопровождающиеся субъективными ощущениями.

Анамнез заболевания

4 месяца назад впервые отметил появление синюшных высыпаний на коже лица (кожа век, ушных раковин), затем высыпания появились на слизистой оболочке рта, а также на коже туловища. В течение двух месяцев высыпания на коже лица, туловища слились в крупные очаги поражения. Самостоятельно лечился наружными антибактериальными средствами; без эффекта.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: хронический гастрит [K29.3], синдром Жильбера [E80.4].

* Аллергологический анамнез: непереносимости пищевых продуктов и лекарственных препаратов не отмечает.

* Год назад находился на лечении в наркологическом диспансере, в связи с наркотической зависимостью.

* Хирургические вмешательства: отрицает.

* Не женат, постоянного полового партнера нет.

* Условия быта: удовлетворительные.

Объективный статус

- Поражение кожи носит хронический воспалительный характер.
- Высыпания локализуются на слизистой оболочке рта, коже век, ушных раковин, туловища, представлены пятнами и бляшками бурого цвета с синюшным оттенком, с четкими границами.
- Отмечается лимфаденопатия.

Для подтверждения диагноза в данной клинической ситуации следует

- вирусным микроорганизмам
- дрожжеподобным грибам
- грамотрицательным коккам
- грамположительным бактериям

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- вирусным микроорганизмам
- дрожжеподобным грибам
- грамотрицательным коккам
- грамположительным бактериям

Диагноз

Причиной развития саркомы Капоши является вирус герпеса человека +__+ типа

- 2
- 3
- 6
- 8

Для диагностики вируса герпеса человека 8 типа используют

- РПГА
- РНГА
- ПЦР
- РАГА

Какой дополнительный метод исследования необходимо провести пациенту

- иммуноферментный анализ на HBsAg
- реакцию иммунобилизации бледных трепонем
- полимеразно-цепную реакцию для идентификации вируса *Varicella zoster*
- серологическое исследование на ВИЧ

Данный клинический случай относится к +_____+ типу саркомы Капоши кожи

- эндемическому
- эпидемическому
- иммуносупрессивному
- классическому

Во время диагностики заболевания в качестве предрасполагающего фактора у данного пациента следует учитывать

- возраст
- наркотическую зависимость
- синдром Жильбера
- хронический гастрит

При гистологическом исследовании биоптатов кожи у больных Саркомой Капоши обнаруживают

- акантолитические клетки
- веретеновидные лимфоциты
- клетки Беца
- церебриформные макрофаги

В качестве лечения данному пациенту необходимо назначить _____ терапию

- ПУВА-терапию
- глюкокортикостероидную
- антиретровирусную
- антигерпетическую

В случае отсутствия эффекта антиретровирусной терапии показано назначение

- лазеротерапии
- цитостатической терапии
- лучевой терапии
- химиотерапии

В качестве наружной терапии саркомы Капоши кожи рекомендуют

- глюкокортикостероидные средства
- средства с салициловой кислотой
- средства с 9-цис-ретиноевой кислотой
- ингибиторы кальциневрина

Саркома Капоши кожи чаще регистрируется у

- глюкокортикостероидные средства
- средства с салициловой кислотой
- средства с 9-цис-ретиноевой кислотой
- ингибиторы кальциневрина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 10 лет с мамой обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На очаг облысения на коже волосистой части головы, субъективно не беспокоит.

Анамнез заболевания

Первый очаг облысения появился внезапно 1 месяц назад. Из анамнеза известно, что 1 месяц назад ребенок переболел пневмонией. В школе 3 месяца назад был зарегистрирован случай заболевания микроспорией.

Анамнез жизни

- * Атопический дерматит с 1 года
- * Аллергоанамнез: пищевая аллергия: цитрусовые, клубника
- * Перенесенные заболевания: ОРВИ, детские инфекции, пневмония год назад.
- * У мамы Витилиго
- * Хирургические вмешательства: не было

Объективный статус

- * Кожный патологический процесс носит ограниченный несимметричный невоспалительный характер.
- * Локализуется на коже волосистой части головы в лобно-теменной области.
- * Представлен единичным очагом не рубцового облысения с не измененным цветом кожи, округлой формы с четкими границами, по периферии определяется зона «расшатанных волос».
- * Дерматоскопическая картина: перипиллярные точки интенсивного желто-коричневого цвета, волосы в виде восклицательных знаков.
- * При осмотре в лучах лампы Вуда свечения нет.
- * Ногтевые пластины обеих кистей изменены по типу наперстка.
- * Субъективно - не беспокоит.

Диагноз можно выставить на основании

- глюкокортикостероидные средства
- средства с салициловой кислотой
- средства с 9-цис-ретиноевой кислотой
- ингибиторы кальциневрина

Результаты обследования

Для исключения сочетанной патологии пациенту необходимо провести

- глюкокортикостероидные средства
- средства с салициловой кислотой
- средства с 9-цис-ретиноевой кислотой
- ингибиторы кальциневрина

Результаты обследования

Патогномоничным признаком гнездной алопеции является

- неизменный цвет кожи
- округлая форма очага с четкими границами
- невоспалительный характер поражения
- наличие перипиллярных точек

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- неизменный цвет кожи
- округлая форма очага с четкими границами
- невоспалительный характер поражения
- наличие перипиллярных точек

Диагноз

В качестве терапии первой линии ребенку следует назначить

- нестероидные противовоспалительные мази
- мази с антибактериальным эффектом
- ингибиторы кальциневрина
- топический глюкокортикостероид

Для системной терапии при тяжелых формах гнездной алопеции применяется

- преднизолон
- плаквенил
- циклоспорин
- адалимумаб

При необходимости назначения метотрексата рекомендуемая доза препарата составляет + _____ + мг 1 раз в неделю

- 7—14
- 15—30
- 35—50
- 5—7

В качестве системной терапии при локальной форме гнездной алопеции применяется

- ретинола ацетат
- цинка сульфат

- токоферола ацетат
- тиосульфат натрия

В качестве наружной терапии при тяжелой форме гнездной алопеции применяется

- мазь такролимус 0,1%
- крем пиритион цинка 0,2%
- мазь клобетазола пропионат 0,05%
- крем пимекролимус 1%

При необходимости назначения Циклоспорина рекомендуемая суточная доза препарата составляет + _____ + мг на кг массы тела в сутки

- 7—10
- 2,5—6
- 1—2
- 0,5—0,8

Терапией локальной гнездной алопеции являются внутрикожные инъекции триамцинолона ацетонида

- каждый день
- 1 раз в неделю
- каждые 2-3 недели
- каждые 4—6 недель

Побочным эффектом внутрикожных инъекций триамцинолона ацетонида является

- каждый день
- 1 раз в неделю
- каждые 2-3 недели
- каждые 4—6 недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мама с ребенком 8 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На обширный очаг облысения на коже волосистой части головы, субъективно не беспокоит.

Анамнез заболевания

Первый очаг облысения появился 2 месяца назад во время отдыха на море. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад была проведена вакцинация (корь, краснуха, паротит), также известно что неделю назад ребенок переболел ОРВИ, по поводу чего принимал противовирусные препараты.

Анамнез жизни

- * Аутоиммунный тиреоидит
- * У Мамы псориаз
- * У Папы ИБС
- * Аллергоанамнез: не отягощен

Объективный статус

- * Кожный патологический процесс носит ограниченный несимметричный невоспалительный характер.
- * Локализуется на коже волосистой части головы в теменной области.
- * Представлен единичным очагом нерубцового облысения с неизмененным цветом кожи округлой формы диаметром 3х3 см с четкими границами, по периферии определяется зона «расшатанных волос».
- * Дерматоскопическая картина: скрученные волосы, волосы в виде восклицательного знака.
- * При свечении в лучах лампы Вуда- свечения нет.
- * Ногтевые пластины обеих кистей изменены по типу наперстка.
- * Субъективно - не беспокоит.

Диагноз можно выставить на основании

- каждый день
- 1 раз в неделю
- каждые 2-3 недели
- каждые 4—6 недель

Результаты обследования

Триггерным фактором данного заболевания может быть

- вакцинация
- физическая нагрузка
- смена климата
- инсоляция

На основании клинико-анамнестических данных можно установить диагноз

- вакцинация

- физическая нагрузка
- смена климата
- инсоляция

Диагноз

Очаговая алопеция может сочетаться с

- гипертонической болезнью
- бронхиальной астмой
- аутоиммунным тиреоидитом
- язвой желудка

Какой препарат необходимо назначить данному ребенку

- кальципотриол
- клобетазол
- пимекролимус
- ихтиол

При тяжелых формах гнездовой алопеции назначается

- ацетритин
- устекинумаб
- преднизолон
- адалимумаб

При необходимости назначения метотрексата рекомендуемая доза препарата составляет + _____ + мг 1 раз в неделю

- 1—10
- 3—5
- 5—10
- 15—30

Циклоспорин назначается в дозе + _____ + мг на кг массы тела в сутки

- 2,5-6
- 6,5-8,5
- 7,5-10
- 0,5-1

При локальной форме гнездовой алопеции может применяться внутриочаговое введение триамцинолона ацетонида каждые + _____ + недель

- 12-18
- 7-12
- 4-6
- 7-9

Максимальная доза триамцинолона ацетонида должна составлять + ____ + мг за сеанс

- 40
- 20
- 25
- 10

Внутрикожные инъекции триамцинолона ацетонида вводятся на расстоянии + _____ + см между уколами

- 2—3
- 0,1—0,3
- 0,5—1
- 1,5—2

Побочным эффектом внутрикожных инъекций триамцинолона ацетонида является

- 2—3
- 0,1—0,3
- 0,5—1
- 1,5—2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 30 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу .

Жалобы

На появление облысения вдоль центрального пробора, субъективно не беспокоит.

Анамнез заболевания

Первые проявления выпадения волос появились 1 год назад, примерно в это же время пациентка отметила появление роста волос в области бороды и усов. Из анамнеза известно, что менструальный цикл нерегулярный.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * У родителей заболеваний кожи и волос не было
- * Аллергоанамнез: неотягощен

Объективный статус

- * Кожный патологический процесс носит ограниченный не воспалительный характер.
- * Локализуется на коже волосистой части головы вдоль центрального пробора на темени с преимущественным разряжением волос ближе к фронтальной зоне и сохранением границы роста волос в лобной зоне.
- * Представлен диффузным поредением и истончением волос. Тест на натяжение волос отрицательный.
- * При дерматоскопии определяются волосы разного диаметра, пушковые волосы, растущие из миниатюризированного фолликула.
- * Субъективно - не беспокоит.

Учитывая данные анамнеза и клинической картины, необходимо определение уровня

- 2—3
- 0,1—0,3
- 0,5—1
- 1,5—2

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо провести

- 2—3
- 0,1—0,3
- 0,5—1
- 1,5—2

Результаты обследования

Основным диагностическим критерием при физикальном исследовании является

- отсутствие зуда
- поредение волос
- локализация в теменной области
- невоспалительный характер поражения

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- отсутствие зуда
- поредение волос
- локализация в теменной области
- невоспалительный характер поражения

Диагноз

Данной пациентке рекомендуется консультация

- психотерапевта
- терапевта
- невролога
- гинеколога-эндокринолога

В качестве наружной терапии пациентке следует назначить

- миноксидил
- кальципотриол
- адапален
- пимекролимус

При использовании миноксидила положительный эффект в виде увеличения растущих волос на голове появляется через

- 1 месяц
- 1 год
- 2 недели
- 4 месяца

Ингибитором 5 α -редуктазы типа 1 и 2 является препарат

- миноксидил
- дутастерид
- финастерид
- флутамид

Дутастерид показан для лечения

- андрогенной алопеции
- очаговой алопеции
- гиперплазии предстательной железы
- системной склеродермии

Частым побочным эффектом Финастерида является

- сексуальная дисфункция
- бесплодие
- язва желудка
- лейкоцитопения

Для лечения Андрогенной алопеции у женщин применяются

- антиметаболиты
- антиандрогены
- ретиноиды
- антиоксиданты

Спиронолактон обладает + _____ + действием

- антиметаболиты
- антиандрогены
- ретиноиды
- антиоксиданты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На появление двусторонних залысин на лбу и темени, субъективно не беспокоит.

Анамнез заболевания

Первые проявления выпадения волос в области лба появились 5 лет назад и затем постепенно распространились на область темени.

Анамнез жизни

- * Себорея волосистой части головы
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * У родителей заболеваний кожи и волос не было
- * Аллергоанамнез не отягощен

Объективный статус

- * Кожный патологический процесс носит ограниченный симметричный не воспалительный характер.
- * Локализуется на коже волосистой части головы преимущественно в лобно-

теменной области.

* Представлен участками поредения волос в лобно-теменной области. Тест на натяжение волос отрицательный.

* При дерматоскопии определяются волосы разного диаметра, пушковые волосы, растущие из миниатюризированной фолликулы.

* Субъективно - не беспокоит.

К необходимому исследованию данному пациенту относится

- антиметаболиты
- антиандрогены
- ретиноиды
- антиоксиданты

Результаты обследования

Дополнительным методом диагностики является

- антиметаболиты
- антиандрогены
- ретиноиды
- антиоксиданты

Результаты обследования

Основным диагностическим критерием при физикальном исследовании является

- наличие волос разного диаметра
- локализация в лобно-теменной области
- невоспалительный характер поражения
- наличие себореи волосистой части головы

В данной клинической ситуации наиболее вероятный диагноз

- наличие волос разного диаметра
- локализация в лобно-теменной области
- невоспалительный характер поражения
- наличие себореи волосистой части головы

Диагноз

В качестве наружной терапии следует назначить

- такролимус

- миноксидил
- кальципотриол
- мометазон

Ранее препарат Миноксидил применялся для лечения

- острого панкреатита
- гипертонической болезни
- хронического гастрита
- атопического дерматита

Положительный эффект в виде увеличения растущих волос на голове наблюдается к концу +_____+ месяца лечения миноксидилом

- 4
- 6
- 1
- 2

Основным побочным эффектом при применении Миноксидила внутрь является

- угри
- стрии
- алопеция
- гипертрихоз

Период полураспада Миноксидила после прекращения местной аппликации составляет

- 22 часа
- 5 дней
- 2 недели
- 1 месяц

После применения Миноксидила некоторые пациенты отмечают

- выпадение волос
- угревую сыпь
- атрофию кожи
- гипопигментацию кожи

При приеме дутастерида может наблюдаться побочный эффект в виде

- нарушения липидного обмена

- развития сахарного диабета
- частых аллергических реакций
- выраженного снижения либидо

При лечении андрогенной алопеции может быть назначен

- нарушения липидного обмена
- развития сахарного диабета
- частых аллергических реакций
- выраженного снижения либидо

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 23 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На появление двусторонних залысин на лбу, субъективно не беспокоит.

Анамнез заболевания

Первые проявления выпадения волос в области лба появились в 17 лет и затем постепенно распространились на область темени. Из анамнеза известно, что в это же время появилась угревая сыпь, по поводу чего принимает Изотретиноин

Анамнез жизни

- * Аллергоанамнез: не отягощен
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * У родителей заболеваний кожи и волос не было
- * Акне с 17 лет

Объективный статус

- * Кожный патологический процесс носит ограниченный симметричный невоспалительный характер.
- * Локализуется на коже волосистой части головы преимущественно в лобно-теменной области.
- * Представлен диффузным поредением и истончением волос. Тест на натяжение волос отрицательный.
- * При дерматоскопии определяются волосы разного диаметра, пушковые волосы, растущие из миниатюризированного фолликула.
- * Субъективно - не беспокоит.

Данному пациенту необходимо определение уровня

- нарушения липидного обмена

- развития сахарного диабета
- частых аллергических реакций
- выраженного снижения либидо

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо проведение

- нарушения липидного обмена
- развития сахарного диабета
- частых аллергических реакций
- выраженного снижения либидо

Результаты обследования

Основным диагностическим критерием при осмотре является

- локализация в лобно-теменной области
- невоспалительный характер поражения
- наличие на коже лица угревой сыпи
- наличие в очаге волос разного диаметра

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- локализация в лобно-теменной области
- невоспалительный характер поражения
- наличие на коже лица угревой сыпи
- наличие в очаге волос разного диаметра

Диагноз

В качестве терапии первой линии следует назначить

- такролимус
- пимекролимус
- миноксидил
- кальципотриол

Побочным эффектом применения миноксидила является появление на коже волосистой части головы

- атрофии
- угрей
- гипопигментации
- сухости

Положительный эффект при использовании Миноксидила появляется через

- 1 неделю
- 4 месяца
- 12 месяцев
- 2 недели

Ингибитором 5 α -редуктазы типа 2 является препарат

- миноксидил
- дутастерид
- аводарт
- финастерид

Положительный эффект при применении Финастерида наблюдается через

- 2-4 недели
- 1-2 месяца
- 6-12 месяцев
- 2-3 года

Частым побочным эффектом Финастерида является

- холестатический гепатит
- гепатоцеллюлярный некроз
- сексуальная дисфункция
- рак предстательной железы

Дутастерид не применяется в практике лечения очаговой алопеции по причине

- выраженного снижения либидо
- канцерогенного действия препарата
- мутагенного действия препарата
- отсутствия эффективности лечения

При лечении андрогенной алопеции может применяться

- выраженного снижения либидо
- канцерогенного действия препарата
- мутагенного действия препарата
- отсутствия эффективности лечения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мать с младенцем 8 месяцев обратились к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже лица, груди, половых органах, беспокойство ребенка, снижение аппетита, плохой сон.

Анамнез заболевания

Со слов матери, высыпания появились 3 дня назад на щеках, затем быстро распространились на кожу груди, половых органов.

Накануне появления высыпаний мать дала ребёнку 3-4 дольки мандарина.

Ранее появление подобных высыпаний не отмечала.

Самостоятельно использовала смягчающие крема, без эффекта.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания не выявлены.

* Находится на смешанном вскармливании: получает грудное молоко и манную кашу с 4-х месяцев. Прикорм по возрасту.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Наследственность отягощена: у отца бронхиальная астма, мать здорова

Объективный статус

* Кожный патологический процесс носит распространенный характер.

* Высыпания локализуются на коже щек, подбородка, груди, половых органов.

* Представлены ярко-розовыми эритематозными пятнами, папулами и везикулами, сопровождающимися отеком и мокнутием.

* Дермографизм красный.

* Субъективно – ребенок беспокойный.

Методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- выраженного снижения либидо
- канцерогенного действия препарата
- мутагенного действия препарата
- отсутствия эффективности лечения

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- выраженного снижения либидо
- канцерогенного действия препарата

- мутагенного действия препарата
- отсутствия эффективности лечения

Диагноз

Для младенческой формы атопического дерматита характерен

+ _____ + дермографизм

- красный
- розовый
- белый
- смешанный

Пимекролимус рекомендован для наружной терапии легкого и среднетяжелого атопического дерматита у детей с возраста

- 4 недели
- 2 года
- 7 дней
- 3 месяца

Для наружной противовоспалительной терапии атопического дерматита у детей рекомендуется назначать крем

- фузидиевой кислоты
- метилпреднизолон
- адапален
- азелаиновой кислоты

При неэффективности других методов терапии детям с тяжелым атопическим дерматитом рекомендуется назначать узкополостную фототерапию с возраста

+ ____ + лет

- 7
- 2
- 3
- 5

Узкополосная фототерапия имеет длину волны + _____ + нм

- 311
- 855
- 1064
- 756

При тяжелых формах атопического дерматита и/или универсальном поражении кожи у детей рекомендуется назначение

- тофацитиниба
- амоксициллина
- апремиласта
- преднизолона

Преднизолон при тяжелом течении атопического дерматита назначают детям из расчета + _____ + мг/кг в сутки

- 3-5
- 0,5-1
- 11-15
- 6-10

В период иммуносупрессивной терапии детям с атопическим дерматитом рекомендуется прекратить прием препарата за + _____ + дней до вакцинации

- 7
- 25
- 5
- 14

С целью предупреждения вторичного инфицирования на местах эксфолиаций и трещин у детей с атопическим дерматитом, рекомендуется назначать на очаги поражения

- эмолиенты
- антимикотики
- глюкокортикостероиды
- анилиновые красители

Дети с атопическим дерматитом склонны к развитию такого заболевания как

- эмолиенты
- антимикотики
- глюкокортикостероиды
- анилиновые красители

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 19 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже лица, в области локтевых и подколенных ямок, сопровождающиеся выраженным зудом.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 6-месячного возраста (со слов матери), когда впервые появились высыпания на коже лица. Педиатром по месту жительства был установлен диагноз «Диатез», назначена терапия наружными средствами, с положительным эффектом. В дальнейшем, течение кожного процесса приобрело хронический волнообразный характер с периодическими обострениями 1-2 раза в год в осенне-зимнее время.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Хронические заболевания не выявлены.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Профессиональных вредностей не имеет.
- * Аллергоанамнез: поллиноз в весенний период.
- * Наследственность не отягощена.

Объективный статус

- * Кожный патологический процесс носит распространенный характер.
- * Высыпания локализуются на коже лица, заушной области, задней поверхности шеи, в области локтевых и подколенных ямок.
- * Высыпания представлены эритематозно-сквамозными и папулезными очагами, множественными экскориациями и трещинами.
- * Кожа сухая, лихенифицированная.
- * Субъективно – выраженный зуд.

Методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- эмолиенты
- антимикотики
- глюкокортикостероиды
- анилиновые красители

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- эмолиенты
- антимикотики
- глюкокортикостероиды
- анилиновые красители

Диагноз

К обязательным диагностическим критериям атопического дерматита относят

- зуд кожи
- пол пациента
- локализацию высыпаний
- распространенность высыпаний

В базисную терапию атопического дерматита входят

- ингибиторы кальциневрина
- блокаторы сигнальных путей
- эмолиенты
- глюкокортикостероиды

Для наружной противовоспалительной терапии атопического дерматита рекомендуется назначать

- противомикробные средства
- антимикотические средства
- топические ингибиторы кальциневрина
- эмоленты

Для системной терапии атопического дерматита тяжелой степени рекомендуется назначение

- тофацитиниба
- метронидазола
- амоксициллина
- циклоспорина А

Для лечения атопического дерматита тяжелой степени циклоспорин А рекомендуется назначать в дозе + ____ + мг/кг в сутки

- 15-25

- 3-5
- 5-10
- 30-50

При назначении Циклспорина А на протяжении всего периода терапии необходимо контролировать уровень + _____ + в сыворотке крови

- эритроцитов
- альбумина
- общего белка
- креатинина

При atopическом дерматите средней и тяжелой степени тяжести рекомендуется назначение

- электросонтерапии
- магнитотерапии
- низкоинтенсивной лазерной терапии
- фототерапии

Для лечения atopического дерматита, осложненного развитием пиодермии, рекомендуется назначать препараты, содержащие

- кортикостероиды и антибиотики
- кортикостероиды и антимикотики
- антимикотики
- салициловую кислоту

К основным физиотерапевтическим методам лечения atopического дерматита относится

- ударно-волновая терапия
- магнитотерапия
- ультрафиолетовое облучение
- гальванизация

При физикальном обследовании пациента с atopическим дерматитом возможно выявление симптома

- ударно-волновая терапия
- магнитотерапия
- ультрафиолетовое облучение
- гальванизация

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 18 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На выделения из половых путей, появление неприятного запаха, жжения.

Анамнез заболевания

После антибиотикотерапии по поводу обострения хронического тонзиллита отметила появление выделений с неприятным, «рыбным» запахом.

Анамнез жизни

Половой жизнью не живет.

Курит в течение 2 лет по 3-5 сигарет в день, алкоголь не употребляет.

В анамнезе хронический тонзиллит, дискинезия желчевыводящих путей.

Объективный статус

При объективном осмотре: наружные половые органы развиты правильно, видимые слизистые розового цвета, не отечные, без признаков воспаления. Имеются гомогенные беловато-серые вагинальные выделения густой консистенции, равномерно распределяющиеся по слизистой оболочке вульвы и влагалища. Шейка матки цилиндрической формы, не отечная. Наружный зев округлый, замкнут. Матка в anteflexio, не увеличена, при смещении безболезненная. Придатки не пальпируются, безболезненные. При ректальном исследовании: стенки кишки эластичные. Просвет кишки обычный. Патологического содержимого в просвете нет. Складки слизистой подвижные. Слизистая обычного цвета. Ранимость слизистой отсутствует. Сфинктер без особенностей.

Для постановки диагноза необходимо проведение

- ударно-волновая терапия
- магнитотерапия
- ультрафиолетовое облучение
- гальванизация

Результаты обследования

На основании клинико-анамнестических данных и результатов лабораторного обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки будет

- ударно-волновая терапия

- магнитотерапия
- ультрафиолетовое облучение
- гальванизация

Диагноз

Для микроскопического исследования при данной патологии также будет характерно

- наличие атипичных клеток
- уменьшение или исчезновение лактобацилл
- наличие псевдомицелия
- уменьшение кокковой микрофлоры

В качестве основной терапии пациенту можно предложить

- клиндамицин
- пенициллин
- доксициклин
- меропенем

Клиндамицин предпочтительнее назначить

- перорально
- внутривенно
- местно
- внутримышечно

В качестве альтернативы больной можно назначить

- гентамицин мазь
- бетаметазон крем
- метронидазол гель
- кетоконазол крем

В качестве системной терапии можно предложить

- азитромицин
- офлоксацин
- метронидазол
- вориконазол

Метронидазол назначается в дозировке + _____ + мг

- 250

- 500
- 100
- 1 000

В качестве лечения у беременных необходимо использовать

- местную терапию
- системную терапию
- физиотерапию
- фитотерапию

Для диагностики бактериального вагиноза используют критерии

- _SCORAD_
- _SOFA_
- _Amsel_
- _PASI_

К предрасполагающему фактору развития бактериального вагиноза у данной больной относится

- антибиотикотерапия
- обострение тонзиллита
- возраст
- гинекологический анамнез

Ведущую роль в патогенезе бактериального вагиноза отводят увеличению содержания

- антибиотикотерапия
- обострение тонзиллита
- возраст
- гинекологический анамнез

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 60 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На появление высыпаний на коже верхних конечностей, животе, внутренней поверхности бедер, сопровождающихся умеренным зудом.

Анамнез заболевания

Заболела 5 месяцев назад, когда впервые появились высыпания на коже верхних конечностей, животе, внутренней поверхности бедер, сопровождающиеся умеренным зудом. Две недели назад стали появляться новые высыпания, в связи с чем больная обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает.
Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
У родителей заболеваний кожи не было.

Объективный статус

- * Поражение кожи носит распространенный характер.
- * Высыпания располагаются на коже верхних конечностей, животе, внутренней поверхности бедер.
- * Высыпания представлены очагами отечной эритемы, папулами и располагающимися на фоне эритемы пузырьками. Пузырьки имеют округлые очертания, напряженную, плотную покрывку. Содержимое пузырьков серозное. На месте вскрытых пузырьков имеются эрозии, часть которых покрыта геморрагическими корками.
- * Симптом Никольского отрицательный.
- * Субъективно – умеренный зуд.

Для подтверждения диагноза, по результатам прижизненного патоморфологического исследования, необходимо обнаружение

- антибиотикотерапия
- обострение тонзиллита
- возраст
- гинекологический анамнез

Результаты обследования

При обследовании пациентки в целях дифференциальной диагностики рекомендуется выполнить

- антибиотикотерапия
- обострение тонзиллита
- возраст
- гинекологический анамнез

Результаты обследования

В данной ситуации результаты проведенного обследования позволяют диагностировать

- герпетиформный дерматит Дюринга
- буллезный пемфигоид
- эритему многоформную экссудативную
- пузырчатку обыкновенную

Симптом Никольского рекомендуется определять для дифференциальной диагностики с

- буллезным эпидермолизом
- дерматитом герпетиформным
- красным плоским лишаем
- пузырчаткой обыкновенной

Препаратом выбора для наружной терапии буллезного пемфигоида легкой степени тяжести является

- такролимус
- адапален
- кальципотриол
- клобетазол

После того, как у пациентки прекратили появляться новые высыпания и исчез зуд, наружная терапия глюкокортикостероидами

- сразу прекращается
- продолжается с постепенным снижением дозы
- продолжается с постепенным увеличением дозы
- проводится в том же объеме, как и раньше

В случае отсутствия клинического эффекта от терапии топическим глюкокортикостероидным препаратом и продолжении появления пузырей рекомендуется системная терапия

- адалимумабом
- омализумабом
- тофацитинибом
- преднизолоном

Рекомендуемая начальная доза преднизолона при системной терапии тяжелой формы буллезного пемфигоида составляет + _____ + мг/кг массы тела пациента

- 1,5–1,75
- 1,0–1,25
- 0,5–0,75
- 0,05–0,15

В случае необходимости уменьшить дозу преднизолона пациентке рекомендуется дополнительно назначить

- ацитретин
- секукинумаб
- апремиласт
- метотрексат

Образующиеся на месте пузырей эрозии рекомендуется обрабатывать

- бриллиантовым зеленым
- салициловой кислотой
- ихтаммомом
- нафталанской нефтью

Буллезный пемфигоид определяют как тяжелый при появлении более + ____ + пузырей в сутки

- 10
- 3
- 7
- 5

Во время лечения системными глюкокортикостероидами необходимо контролировать уровень + _____ + в крови

- 10
- 3
- 7
- 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 44 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На выпадение волос в области затылка, зуд, жжение в области патологического очага.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение одного месяца. Первые проявления заболевания начались осенью, после перенесенной вакцинации. Самостоятельно принимала витаминные комплексы, без положительного эффекта..

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * У матери сахарный диабет 2 типа.

Объективный статус

На коже затылка имеется округлый очаг, лишенный волос, размером 5x5 см с четкими границами, в области очага местами наблюдаются пеньки волос, по периферии очага имеется зона расшатанных волос.

Наиболее информативным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- 10
- 3
- 7
- 5

Результаты обследования

Субъективные ощущения проявляются как

- начало заболевания в осеннее время
- связь с перенесенной вакцинацией
- связь заболевания с приемом витаминных препаратов
- жжение и зуд в области очага

Наиболее информативными клиническими признаками для постановки диагноза являются

- эритема и шелушение в виде мелких чешуек на коже волосистой части головы
- появление пустулезных высыпаний на волосистой части головы
- смещение лобной линии роста назад и облысение макушки
- усиленное выпадение и поредение волос в затылочной области

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является + _____ + форма гнездной алопеции

- эритема и шелушение в виде мелких чешуек на коже волосистой части головы
- появление пустулезных высыпаний на волосистой части головы
- смещение лобной линии роста назад и облысение макушки
- усиленное выпадение и поредение волос в затылочной области

Диагноз

Частота встречаемости гнездной алопеции составляет + _____ + % от обращающихся за помощью к дерматологу больных

- 20 – 25
- 10 - 15
- 0,7-3,8
- 7,0 - 20,8

В зависимости от объема и типа облысения различают следующие клинические формы гнездной алопеции: локальная, субтотальная, тотальная и

- универсальная
- гомогенная
- смешанная
- идиопатическая

При физикальном обследовании гнездной алопеции определяются

- волосы разного диаметра и пушковые волосы, растущие из миниатюризованного фолликула
- множественные перифокальные эритематозные папулы, одновременно имеются атрофические гипо- депигментированные рубцы размером от 3 до 10 мм
- множественные пустулезные высыпания с очагами алопеции диаметром 4-5 см
- пеньки волос в очаге в виде восклицательного знака и «зоны расшатанных волос» на границе очага

При локальной (ограниченной) гнездной алопеции рекомендуется внутриочаговое введение

- глюконата кальция
- диаминодифенилсульфона
- триамцинолона
- метотрексата

При тяжелых формах гнездной алопеции рекомендуется назначение системной терапии глюкокортикостероидными препаратами, например

- метотрексатом 15 мг 1 раз в неделю
- преднизолоном 200 мг в неделю
- дапсоном 100-200 мг в сутки
- ацитретином 20-25 мг в сутки

При локальной (ограниченной) гнездной алопеции миноксидил рекомендуется назначать в виде + ____+% раствора + ____+ раз в сутки

- 5 % ; 3
- 2 %; 2
- 0,5 %; 2
- 0,2 %; 1

При необходимости назначения циклоспорина рекомендуемая суточная доза препарата составляет + ____+ мг/кг

- 25
- 2,5 - 6
- 50
- 8 -10

При необходимости назначения метотрексата рекомендуемая доза препарата составляет

- 25
- 2,5 - 6
- 50
- 8 -10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 38 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На обильные гнойные выделения из уретры, сопровождающиеся зудом, болезненностью при мочеиспускании.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течении недели, когда впервые заметил боль при мочеиспускании и зеленые выделения из уретры. Отмечает также учащение

позывов к мочеиспусканию. 7 дней назад был половой контакт с малознакомой женщиной, средства барьерной контрацепции не использовал. В анамнезе отмечает половые акты без использования барьерных средств контрацепции.

Анамнез жизни

В анамнезе хронический гепатит С, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Не женат.

Половая жизнь с 17 лет. Постоянной партнерши не имеет.

Курит в течение 20 лет по 10-15 сигарет в день, алкоголь употребляет умеренно.

Объективный статус

При объективном осмотре мужские половые органы развиты правильно, органы мошонки, половой член нормальных размеров, без аномалий развития, опухолевых образований. Специфических высыпных элементов нет. Гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, из которого свободно стекают гнойные выделения.

При ректальном исследовании: стенки кишки эластичные. Просвет кишки обычный. Патологического содержимого в просвете нет. Складки слизистой подвижные. Слизистая обычного цвета. Ранимость слизистой отсутствует. Сфинктер без особенностей.

При пальпации предстательная железа безболезненная, плотно-эластичная, размером около 3 см.

Для постановки диагноза необходимо проведение

- 25
- 2,5 - 6
- 50
- 8 -10

Результаты обследования

Предполагаемым диагнозом у пациента будет

- 25
- 2,5 - 6
- 50
- 8 -10

Диагноз

Для постановки диагноза необходимо использовать окраску по

- Нейссеру
- Ожешко
- Граму
- Морозову

В качестве терапии больному можно назначить

- пенициллин
- гентамицин
- цефтриаксон
- доксициклин

Цефтриаксон при поражении нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования назначается в дозировке + _____ + мг внутримышечно

- 100
- 500
- 250
- 2 000

Инъекции цефтриаксона при поражении нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования парауретральных и придаточных желез проводятся

- трехкратно
- пятикратно
- двукратно
- однократно

В качестве терапии больному также можно назначить

- джозамицин
- ампициллин
- цефиксим
- меропенем

При абсцедировании парауретральных и придаточных желез курс лечения цефтриаксоном продлевается до + ____ + дней

- 4
- 14
- 7
- 28

Возбудитель гонококковой инфекции тропен к + _____ + эпителию

- реснитчатому
- многослойному неороговевающему
- цилиндрическому
- призматическому

Возбудитель гонококковой инфекции относится к роду

- _Neisseria_
- _Klebsiella_
- _Mycobacterium_
- _Enterococcus_

В качестве профилактики поражения глаз у новорожденных рекомендуется назначить

- капли глазные дексаматазон
- офлоксациновую глазную мазь
- эритромициновую глазную мазь
- гель солкосерил

Асимптомная гонококковая инфекции нижних отделов мочеполового тракта чаще наблюдается у

- капли глазные дексаматазон
- офлоксациновую глазную мазь
- эритромициновую глазную мазь
- гель солкосерил

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 65 лет обратился на прием к врачу-дерматологу.

Жалобы

На появление высыпаний на коже туловища и разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, интенсивный зуд.

Анамнез заболевания

Считает себя больным 5 лет, когда впервые на плечах появились высыпания, которые сопровождались зудом. Больной обратился к врачу не сразу, и был госпитализирован в дерматологический стационар. После лечения состояние больного улучшилось. После этого заболевание протекало с периодическими

рецидивами весной и осенью, во время которых больной госпитализировался в ту же больницу. Месяц назад появились обильные высыпания в тех же местах.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает.

Курит в течение 50 лет по 10-15 сигарет в день, алкоголь употребляет умеренно.

У родителей заболеваний кожи не было.

Проживает с женой и внуком.

У внука целиакия.

Объективный статус

Высыпания представлены симметрично сгруппированными папулами, везикулами и пузырями, возникшими на гиперемизированном фоне.

Локализуются на коже туловища и разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей.

Папулы величиной до 1 см с чёткими границами, полушаровидной формы, гладкой поверхностью, плотноэластической консистенции. Везикулы - бледно-жёлтые, просвечивающиеся, диаметром 5 мм., сливающиеся в пузыри. Пузыри-прозрачные, напряженные размером до 1,5 см.

Имеются эрозии, корочки, чешуйки, линейные эксфолиации.

Ногтевые пластины имеют полированный вид.

Для постановки диагноза необходимо проведение

- капли глазные дексаматазон
- офлоксациновую глазную мазь
- эритромициновую глазную мазь
- гель солкосерил

Результаты обследования

Для постановки диагноза дополнительно необходимо проведение

- капли глазные дексаматазон
- офлоксациновую глазную мазь
- эритромициновую глазную мазь
- гель солкосерил

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной ситуации является

- капли глазные дексаматазон
- офлоксациновую глазную мазь

- эритромициновую глазную мазь
- гель солкосерил

Диагноз

Заболевание, ассоциированное с выставленным диагнозом

- целиакия
- язвенная болезнь желудка
- лактозная недостаточность
- железодефицитная анемия

В качестве первого препарата системной терапии больному можно назначить

- хлорохин
- дапсон
- изотретиноин
- доксициклин

Рекомендуемая доза дапсона составляет +___+ мг/кг

- 1000
- 0,5
- 0,1
- 1

Для контроля зуда у данного больного может применяться

- сульфасалазин
- хлоропирамин
- гидроксихлорохин
- адеметионин

Рекомендуемая доза хлоропирамина составляет +_____+ мг

- 20
- 15
- 10
- 25

Для уменьшения зуда в качестве местного средства применяются (-ется)

- глюкокортикостероиды
- ихтиоловая мазь
- анилиновые красители

- препараты серы

К мерам вторичной профилактики относится

- использование эмолиентов
- исключение травматизации
- соблюдение диеты
- избегание инсоляции

Пузыри при герпетиформном дерматите Дюринга формируются на + _____ + уровне

- интраэпидермальным
- субэпидермальным
- субдермальным
- субкорнеальным

Продуктами, которые необходимо ограничить в рационе, являются

- интраэпидермальным
- субэпидермальным
- субдермальным
- субкорнеальным

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже кистей и стоп, сопровождающиеся умеренным зудом.

Анамнез заболевания

Пациентка сообщила, что первые высыпания появились на коже кистей около 14 дней назад. Самостоятельно использовала Фенистил гель без эффекта. Затем аналогичные высыпания появились на коже стоп.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: Хронический гастрит. Хронический гайморит.

Отмечает аллергию на цитрусовые.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

У матери - бронхиальная астма.

Объективный статус

Поражение кожи острого воспалительного характера.

Высыпания располагаются на коже боковых поверхностей пальцев, а также ладонной поверхности кистей и подошвенной поверхности стоп

Высыпания представлены зудящими пузырьками с плотной крышкой и прозрачным содержимым, группирующимися в многокамерный пузырь величиной с булавочную головку в области ладонной поверхности правой кисти; также отмечаются эрозии около 1,5 см в диаметре с мокнутием, серозные корки, единичные линейные трещины около 1 см в длину, умеренное мелкопластинчатое шелушение.

Субъективно – умеренный зуд.

К обязательному лабораторному исследованию относится

- интраэпидермальным
- субэпидермальным
- субдермальным
- субкорнеальным

Результаты обследования

К дополнительному лабораторному исследованию относится

- анализ кала на яйца глистов
- микроскопическое исследование соскоба кожи
- определение симптома Никольского
- цитологическое исследование мазков-отпечатков со дна свежих эрозий

Наиболее информативными клиническими признаками для постановки диагноза являются

- линейность и значительная глубина трещин
- расположение высыпаний на коже боковых поверхностей пальцев кистей и стоп, ладоней и подошв
- умеренный зуд
- шелушения в виде мелких чешуек

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- линейность и значительная глубина трещин
- расположение высыпаний на коже боковых поверхностей пальцев кистей и стоп, ладоней и подошв

- умеренный зуд
- шелушения в виде мелких чешуек

Диагноз

В качестве первого препарата системной терапии больному можно назначить

- сорбенты
- антигистаминные препараты I поколения
- гепатопротекторы
- ретиноиды

Для туширования трещин больному рекомендуется назначить

- хлоргексидина биглюконата
- эмульсию перметрина
- отвар коры дуба
- этиловый спирт

При отсутствии эффекта от наружной терапии рекомендуется назначить

- ацикловир
- ондансетрон
- цефтриаксон
- преднизолон

При необходимости назначения преднизолона рекомендуемая доза препарата составляет + ____ + мг в сутки

- 100-250
- 25-30
- 5-10
- 50-75

Для уменьшения выраженности экссудации необходимо назначение наружных средств в форме

- кремов
- мазей
- примочек
- паст

При острой экземе основными противовоспалительными средствами для местного применения являются

- блокаторы кальциневрина
- эмоленты
- ретиноиды
- глюкокортикостероидные препараты

Профилактические мероприятия при экземе включают

- плавание в бассейне
- ношение одежды из шелка
- витаминотерапия
- исключение контактов с возможными аллергенами

Ухудшение течения экземы часто сопряжено с патологией

- плавание в бассейне
- ношение одежды из шелка
- витаминотерапия
- исключение контактов с возможными аллергенами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет обратилась на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже лица.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 1 недели, когда впервые появились высыпания на коже лица после дачных работ.

Самостоятельно не лечилась.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Гинекологический анамнез: 5 беременностей, 2 родов, 3 аборта.
- * Хронические заболевания: хронический холецистит.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Наследственность: не отягощена.
- * Профессиональных вредностей не имеет.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- * Кожный патологический процесс носит ограниченный характер и локализуется на коже скул, щек и носа.

* Высыпания представлены эритемой ярко-розового цвета с цианотичным оттенком в центре с умеренной инфильтрацией, нечеткими границами.

Методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- плавание в бассейне
- ношение одежды из шелка
- витаминотерапия
- исключение контактов с возможными аллергенами

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- плавание в бассейне
- ношение одежды из шелка
- витаминотерапия
- исключение контактов с возможными аллергенами

Диагноз

Описанные клинические симптомы характерны для + _____ + кожной формы красной волчанки

- хронической
- подострой
- острой
- скрытой

При терапии красной волчанки с поражением кожи к наружным препаратам первой линии относят крем

- бацитроцина цинка
- фузидиевой кислоты
- флуоциналона ацетонид
- неомицина сульфата

Для системной терапии красной волчанки с поражением кожи рекомендуется назначать

- секукинумаб
- метотрексат
- гидроксихлорохин
- барицитиниб

Гидроксихлорохин рекомендуется назначать в дозе +____+ мг/кг в сутки

- 10-12
- 25-27
- 5-6
- 15-20

У больных с локализованными очагами, не поддающимися иной терапии, рекомендуется внутриочаговое введение

- ботулотоксина типа А
- кальция глюконата
- глюкокортикостероидов
- натрия хлорида

Применение метода внутриочагового введения препаратов ограничивается из-за возможности развития

- атрофии
- рубцов
- стрий
- пигментации

В связи с важной ролью в патогенезе красной волчанки индуцированного ультрафиолетовым облучением свободно-радикального повреждения мембран и нарушения микроциркуляции в терапии заболевания рекомендуется использовать

- антиоксиданты
- статины
- минеральные вещества
- антиагреганты

При наличии резистентности к антималярийным препаратам больным с красной волчанкой рекомендуется назначать

- устекинумаб
- апремиласт
- метотрексат
- барицитиниб

Для исключения системной красной волчанки рекомендуется консультация

- врача-ревматолога

- врача-стоматолога
- врача-эндокринолога
- врача-кардиолога

В качестве основной меры профилактики больным с красной волчанкой рекомендуется использование

- врача-ревматолога
- врача-стоматолога
- врача-эндокринолога
- врача-кардиолога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 19 лет обратился к врачу-дерматовенерологу в рамках амбулаторного приема.

Жалобы

На высыпания на коже разгибательной поверхности локтевых суставов, предплечий, сопровождающиеся умеренным зудом.

Анамнез заболевания

Пациент сообщил, что высыпания появились 11 дней назад на коже разгибательной поверхности локтевых суставов, затем распространились на кожу предплечий. Самостоятельно не лечился. Пациент предполагает связь заболевания с укусом пчелы в область предплечья, который состоялся 23 дня назад. Для лечения зуда и отечности после укуса, пациент применял гель, содержащий диметинден в течение 3 дней.

Анамнез жизни

Развитие больного в детстве: рос и развивался нормально.

Перенесенные заболевания: детские инфекции. Стрептококковый тонзиллит (1.5 месяца назад)

Хирургические вмешательства: нет.

Наследственность: не отягощена.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Условия быта: удовлетворительные

Курение: нет.

Объективный статус

Общее состояние: Удовлетворительное

Телосложение: Правильное

Лимфатические узлы: не пальпируются.

Органы движения (костно-мышечная система): жалоб нет.

Костно-мышечная система: не изменена.

Видимые слизистые: розовые.

Цвет кожи: бледнорозовый.

Тургор: нормальный.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит ограниченный характер. Высыпания локализуются на коже разгибательной поверхности локтевых суставов, на коже предплечий. Высыпания представлены множественными эритематозно-сквамозными папулами диаметром 2-4 мм яркого розово-красного цвета, покрытыми серебристо-белыми чешуйками, с шелушением и незначительной инфильтрацией, с четкими границами. По периферии папул наблюдается венчик эритемы, свободный от шелушения.

Подтверждению диагноза способствует выявление комплекса феноменов

- врача-ревматолога
- врача-стоматолога
- врача-эндокринолога
- врача-кардиолога

Результаты обследования

Клиническая картина кожного патологического процесса наиболее характерна для высыпаний при

- псориазе
- красной плоском лишае
- розовом лишае
- парапсориазе

Клиническая картина кожного патологического процесса соответствует проявлениям + _____ + псориаза

- бляшечного
- инверсного
- каплевидного
- себорейного

Анамнестическим фактором, подтверждающим диагноз, является

- укус пчелы в области предплечья
- перенесенная стрептококковая инфекция

- первоначальное появление высыпаний на разгибательной поверхности локтевых суставов
- топическое применение блокатора гистаминовых H1-рецепторов

На основании клинической картины, следует предположить псориаз в + _____ + стадии

- активной
- стационарной
- регрессирующей
- прогрессирующей

Для лечения пациента возможно применение + _____ + терапии

- наружной
- цитостатической
- иммунобиологической
- локальной ПУВА

В качестве наружной терапии пациенту можно рекомендовать

- метронидазол, крем 1%
- клиндамицина фосфат, гель 1%
- ПУВА-терапию с наружным применением фотосенсибилизаторов
- алклометазон, крем 0,05%

В качестве наружной терапии пациенту рекомендуется наносить + _____ + на пораженные участки кожи

- пимекролимус, крем, 3 раза в день в течение 3-4 недель
- кальципотриол, крем, 2 раза в день в течение 6–8 недель
- бифоназол, крем 1%, 1 раз в день в течение 6-8 недель
- бензоилпероксид, гель, 1 раз в день в течение 3-4 недель

При выборе препарата для наружной терапии, содержащего аналоги витамина D3, не рекомендуется одновременно применять

- крем с нафталаном
- крем с азелаиновой кислотой
- дегтярную мазь
- мазь с салициловой кислотой

Для уменьшения шелушения в очагах поражения кожи пациенту возможно рекомендовать мазь с

- танином
- антимикотиками
- салициловой кислотой
- антибиотиками

Учитывая стадию кожного патологического процесса, концентрация салициловой кислоты в мази должна составлять + ____ +%

- 3
- 1
- 5
- 2

Для оценки наличия феномена Кёбнера необходимо выяснить, отмечал ли пациент

- 3
- 1
- 5
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 63 года обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 16 месяцев, когда впервые отметила появление высыпаний на коже локтевых и коленных суставах, тыльной стороне кистей, запястьях. К врачу не обращалась, самостоятельно использовала смягчающие крема, без эффекта. Начало заболевания ни с чем не связывает.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Гинекологический анамнез: 4 беременности, 3 родов, 1 аборт.
- * Хронические заболевания: сахарный диабет 2 типа.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Наследственность: не отягощена.
- * Профессиональных вредностей не имеет.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

* Кожный процесс носит распространенный, симметричный характер, локализуется на коже на коже живота, локтевых сгибах, тыльной стороне кистей и стоп, голених.

* Высыпания представлены множественными, рассеянными блестящими папулами и пятнами розового цвета с фиолетовым оттенком. Некоторые из них сливаются между собой, придавая очагам сетчатый вид.

Основной метод обследования, подтверждающий диагноз, является

- 3
- 1
- 5
- 2

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- 3
- 1
- 5
- 2

Диагноз

В данном случае выявлена + _____ + форма кольцевидной гранулемы

- диссеминированная
- перфорирующая
- глубокая
- локализованная

Для наружной терапии кольцевидной гранулемы рекомендуется назначение

- антибиотиков
- анилиновых красителей
- глюкокортикостероидов
- эмолиентов

Для системной терапии кольцевидной гранулемы рекомендуется назначать

- гуселькумаб
- монтелукаст
- барицитиниб

- токоферола ацетат

Взрослым токоферола ацетат рекомендуется принимать в течение + _____ + дней

- 70-100
- 45-65
- 20-40
- 110-150

Назначение фототерапии рекомендовано при отсутствии эффекта от проводимого лечения у больных с + _____ + формой кольцевидной гранулемы

- локализованной
- глубокой
- перфорирующей
- диссеминированной

К методам фототерапии, рекомендуемым при диссеминированной форме кольцевидной гранулемы, относят

- ПУВА-терапию
- УФА-1 терапию
- фонофорез
- электрофорез

К рекомендуемым методам медикаментозной терапии при кольцевидной гранулеме относят

- противомикробные средства
- эмолиенты
- ингибиторы кальциневрина
- антимикотические средства

К рекомендуемым методам немедикаментозной терапии при кольцевидной гранулеме относят

- криотерапию
- вакуумно-роликовый массаж
- микротоковую терапию
- иглоукалывание

К продолжительным осложнениям криотерапии относят

- образование пузыря
- очаговую гипопигментацию
- местный отек
- боль

В развитии заболевания важную роль играет наличие

- образование пузыря
- очаговую гипопигментацию
- местный отек
- боль

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 35 лет обратилась на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже верхних конечностей.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 1 месяца, когда впервые отметила появление высыпаний на коже локтевых суставах, тыльной стороне кистей, запястьях. К врачу не обращалась, самостоятельно использовала смягчающие крема, без эффекта. Начало заболевания ни с чем не связывает.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Гинекологический анамнез: 1 беременность, 1 роды.
- * Хронические заболевания: хронический гастрит в стадии ремиссии.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Наследственность: не отягощена.
- * Профессиональных вредностей не имеет.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- * Кожный патологический процесс носит ограниченный, симметричный характер и локализуется на коже тыльной стороне кистей, локтевых и лучезапястных суставах.
- * Высыпания представлены мелкими, плотными, гладкими, блестящими папулами розоватого цвета, расположенные кольцевидно, диаметром 1-5 см. В центральной части очагов кожа слегка синюшная. Периферический край очага составляют узелки.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- образование пузыря
- очаговую гипопигментацию
- местный отек
- боль

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- образование пузыря
- очаговую гипопигментацию
- местный отек
- боль

Диагноз

В данном случае выявлена + _____ + форма кольцевидной гранулемы

- перфорирующая
- диссеменированная
- локализованная
- глубокая

Для наружной терапии кольцевидной гранулемы рекомендуется назначение

- неомидина сульфата
- фузидиевой кислоты
- гидрокортизона 17-бутирата
- цинка пиритиона

Для системной терапии кольцевидной гранулемы рекомендуется назначать

- секукинумаб
- апремиласт
- токоферола ацетат
- тофацитиниб

Токоферола ацетат рекомендуется назначать взрослым в дозе + _____ + мг/сутки

- 800-1000
- 1100-1300

- 500-700
- 200-400

Рекомендуемым методам наружной терапии при кольцевидной гранулеме является

- метронидазол
- тербинафин
- адапален
- такролимус

Назначение фототерапии рекомендовано при отсутствии эффекта от проводимого лечения у больных с + _____ + формой кольцевидной гранулемы

- глубокой
- диссеминированной
- локализованной
- перфорирующей

К рекомендуемым методам немедикаментозной терапии при кольцевидной гранулеме относят

- криотерапию
- лазеротерапию
- магнитотерапию
- микротоковую терапию

При проведении криотерапии рекомендуется выполнение процедур с частотой 1 раз в + _____ + дней

- 2-5
- 7-10
- 14-18
- 20-25

К временным побочным эффектам криотерапии относят образование

- пузыря
- стрий
- рубцов
- атрофии

При планировании терапии необходимо учитывать тенденцию кольцевидной гранулемы к

- пузыря
- стрий
- рубцов
- атрофии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 20 лет обратился на приём к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На появление высыпаний на коже шеи, верхней части груди, а также на коже паховой области, не сопровождающиеся субъективными ощущениями.

Анамнез заболевания

Первые высыпания появились на коже в паховой области около 4 недель назад. Пациент самостоятельно использовал мазь тридерм, отметил ухудшение в виде распространения высыпаний на кожу шеи и верхней части груди, в связи с чем обратился к врачу.

Анамнез жизни

- * Аллергоанамнез не отягощен
- * Наследственность: не отягощена
- * Сопутствующие заболевания: хронический гастрит.
- * Перенесенные оперативные вмешательства: аппендэктомия в детском возрасте.
- * Вредные привычки: курение.

Объективный статус

Кожные покровы обычной окраски. Видимые слизистые розовые.

На коже шеи, верхней части груди, а также в паховой области наблюдаются изолированно расположенные узелки полушаровидной формы, от 0,3 до 0,7 см в диаметре, плотные, безболезненные, бледно-розового цвета, с восковидным блеском, единичные окружены слабовыраженным воспалительным ободком; в центре элементов отмечается пупковидное углубление. При сдавлении узелков с боков из центрального отверстия выделяется белая, крошкообразная масса. Элементы расположены на неизменном фоне.

В данном случае диагноз позволяет установить

- пузыря
- стрий
- рубцов
- атрофии

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- пузыря
- стрий
- рубцов
- атрофии

Диагноз

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза является

- воспалительный ободок по периферии высыпаний
- крошковатое отделяемое при надавливании
- расположение элементов на неизменном фоне
- локализация высыпаний на коже шеи

Дифференциальную диагностику одиночного крупного элемента проводят с

- папилломатозным невусом
- кератоакантомой
- гемангиомой
- себорейной кератомой

Для подтверждения диагноза при атипичных формах заболевания рекомендуется

- микроскопическое исследование
- иммуногистохимическое исследование
- бактериальный посев
- иммунофлюоресцентный анализ

Методом лечения контагиозного моллюска является

- использование топических ретиноидов
- механическое удаление элементов
- пероральный приём ретиноидов
- применение дезинтоксикационной терапии

Для деструкции папулёзных элементов применяется

- хирургическое иссечение
- неодимовый лазер
- внутриочаговое введение Дипроспана
- криодеструкция

После деструкции папулёзных элементов рекомендуется использование препаратов, содержащих

- калия йодид
- тербинафин
- бензоила пероксид
- флуоцинолонаацетонид

На период лечения запрещается

- применение лекарственных средств
- посещение плавательных бассейнов
- любая физическая активность
- прием острой и жареной пищи

Для профилактики рецидива заболевания необходимо

- применять иммуномодуляторы
- придерживаться диеты
- избегать контакт с аллергенами
- соблюдение правил личной и общественной гигиены

Крошковатая кашицеобразная масса, содержащаяся в узелках больных контагиозным моллюском состоит из

- дегенеративных эпителиальных клеток
- секрета сальных желез
- продуктов жизнедеятельности моллюсков
- мицелия и гифов грибов

При заражении вирусом, относящимся к роду *Molluscipox_virus*, инкубационный период в среднем составляет (в неделях)

- дегенеративных эпителиальных клеток
- секрета сальных желез
- продуктов жизнедеятельности моллюсков
- мицелия и гифов грибов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже верхних и нижних конечностей, сильный зуд.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение месяца, когда после перенесенного стресса впервые заметила высыпания на коже голеней. Вскоре высыпания распространились на кожу верхних конечностей.

Анамнез жизни

В анамнезе гипертоническая болезнь 2 стадии, II степени, высокого риска, миома матки 9-10 недель.

2 беременности, 1 роды, 1 замершая беременность.

У родителей заболеваний кожи не было.

Курит с 25 лет по 8-12 сигарет в день, алкоголем употребляет умеренно.

Объективный статус

Высыпания представлены розовыми полигональными папулами с сиреневым оттенком с пупковидным вдавлением, при боковом освещении отмечается блеск.

Локализуются на сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей.

В местах разрешившихся элементов отмечается поствоспалительная гиперпигментация.

Для постановки диагноза необходимо проведение

- дегенеративных эпителиальных клеток
- секрета сальных желез
- продуктов жизнедеятельности моллюсков
- мицелия и гифов грибов

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо проверить симптом

- дегенеративных эпителиальных клеток
- секрета сальных желез
- продуктов жизнедеятельности моллюсков
- мицелия и гифов грибов

Результаты обследования

На основании клинико-anamnestических данных и результатов исследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является

- дегенеративных эпителиальных клеток
- секрета сальных желез
- продуктов жизнедеятельности моллюсков
- мицелия и гифов грибов

Диагноз

При красном плоском лишае на наличие высыпаний также нужно проверить

- наружные половые органы
- области крупных складок
- кожу кистей и стоп
- слизистую оболочку рта

В качестве терапии больному можно назначить

- преднизолон
- дапсон
- инфликсимаб
- сульфасалазин

Рекомендуемая дозировка преднизолона составляет + _____ + мг

- 50-80
- 20-30
- 5-10
- 100-150

Гидроксихлорохин назначается по + _____ + мг перорально 2 раза в сутки в течение 5 дней

- 200
- 150
- 50
- 10

Перед назначением гидроксихлорохина рекомендуется консультация

- офтальмолога
- гепатолога

- гематолога
- гастроэнтеролога

При отсутствии эффекта от проводимой терапии можно назначить

- ацитретин
- бацитрацин
- инфликсимаб
- вориностат

При лечении ацитретином необходимо контролировать уровень

- гемоглобина
- трансаминаз
- креатинина
- калия

Сочетание фолликулярной формы красного плоского лишая, рубцовой алопеции на волосистой части головы, а также нерубцовой алопеции в области подмышечных впадин и лобка известно как синдром

- Россолимо-Мелькерссона-Розенталя
- Грэма-Литтла-Лассюэра
- Левандовского-Лютца
- Ахарда-Тиерса

Изолированное поражение слизистой оболочки рта при красном плоском лишае необходимо дифференцировать с

- Россолимо-Мелькерссона-Розенталя
- Грэма-Литтла-Лассюэра
- Левандовского-Лютца
- Ахарда-Тиерса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 38 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже живота и боковых поверхностей туловища.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 2 месяцев. После длительного пребывания на

солнце на коже живота и туловища появились очаги уплотнения светло-розового цвета с гладкой поверхностью. Самостоятельно использовала антибактериальные препараты, с незначительным положительным эффектом.

Анамнез жизни

- * Перенесенное ОРВИ, вирусный гепатит А.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * У родителей заболеваний кожи не было.

Объективный статус

На коже живота и боковых поверхностей туловища очаги уплотнения, диаметром до 4 см, цвета слоновой кости с гладкой поверхностью и восковидным блеском. По периферии очагов наблюдается воспалительный венчик розовато-сиреневого цвета. В местах поражения кожа плохо собирается в складку, потоотделение уменьшено, центр очага втянут.

Наиболее информативным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза является

- Россолимо-Мелькерссона-Розенталя
- Грэма-Литтла-Лассюэра
- Левандовского-Лютца
- Ахарда-Тиерса

Результаты обследования

К анамнестическими данными, позволяющими предположить диагноз, относится (-ятся)

- перенесенные вирусные инфекции
- длительное воздействие УФ лучей
- прием антибактериальных препаратов
- на коже живота и боковых поверхностей туловища очаги уплотнения светло-розового цвета, с гладкой поверхностью

К изменению, которому подвергается очаг поражения при склеродермии, относится

- появление отечных пятен, плотных бляшек, атрофии
- лихенификация очагов
- отрубевидное шелушение очагов
- гиперкератоз очагов

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- появление отечных пятен, плотных бляшек, атрофии
- лихенификация очагов
- отрубевидное шелушение очагов
- гиперкератоз очагов

Диагноз

При локализованной склеродермии рекомендуется назначить

- тетрациклин
- амоксициллин
- пеницилламин
- кетоконазол

Рекомендуемая доза пеницилламина составляет + _____ + мг в сутки

- 50 - 80
- 125 - 500
- 30 - 40
- 0,5

Наиболее эффективным методом лечения для бляшечной, генерализованной и линейной склеродермии является

- гирудотерапия
- прием дапсона
- ультрафиолетовая терапия
- антибиотикотерапия

При склеродермии больные предъявляют жалобы

- чувство жжения
- на зуд, усиливающееся ночью
- на чувство стянутости кожи, зуд, болезненность, чувство покалывания, ограничение движений в суставах, изменение объема и деформацию пораженных областей тела
- выраженную болезненность

В качестве наружной терапии для лечения локализованной склеродермии используют

- ретиноевую мазь
- крем мометазон
- 5% нафталановую мазь
- 2% салициловый спирт

Для наружного лечения очаговой склеродермии используют

- криодеструкцию
- электрокоагуляцию
- фонофорез гиалуронидазы
- аппликации озокерита, парафина

В качестве консервативной терапии склеродермии рекомендуется назначить

- метотрексат
- тетрациклин
- сульфаниламиды
- лидазу

У пациента, получающего лечение метотрексатом, часто развивается

- метотрексат
- тетрациклин
- сульфаниламиды
- лидазу

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 19 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

Жалобы на высыпания на коже волосистой части головы.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение трех недель, когда впервые обнаружил высыпания на волосистой части головы, сопровождающиеся болевыми ощущениями. На фоне этого отметил подъем температуры и ухудшение общего самочувствия.

Анамнез жизни

- * Пастух, проживает в сельской местности
- * Хронические заболевания отрицает
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * У родителей заболеваний кожи не было

Объективный статус

Очаг круглой формы размером до 10 см, покрытый массивными гнойно-кровянистыми корками. Кожа в очаге резко гиперемирована. При нажатии на

очаг из отверстий волосяных фолликулов выделяется гной. Волосы в очаге расшатаны и легко удаляются. Вокруг очага наблюдаются единичные отсевы.

Для постановки диагноза необходимо проведение

- метотрексат
- тетрациклин
- сульфаниламиды
- лидазу

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной ситуации является

- метотрексат
- тетрациклин
- сульфаниламиды
- лидазу

Диагноз

Для постановки диагноза микроскопическое исследование на грибы должно быть не менее + _____ + раз с результатом «положительно»

- 1
- 3
- 2
- 4

Инфильтративно-нагноительную трихофитию вызывает вид рода
Trichophyton

- verrucosum
- schonleinii
- rubrum
- canis

В качестве терапии больному можно назначить

- флуконазол
- вориконазол
- нистатин
- гризеофульвин

Гризеофульвин назначают в дозировке + _____ + мг/кг

- 12,5
- 50
- 1
- 5

Для лучшего усваивания гризеофульвин принимают вместе с

- молоком
- растительным маслом
- кусочком сахара
- грейпфрутовым соком

Для ускорения рассасывания очага на голове можно использовать

- мазь с бетаметазоном
- примочки с ихтиолом
- гентамициновую мазь
- фулорцин

Чтобы лечение считалось окончанным необходимо + ____ + отрицательных (-ого) анализов (-а)

- 1
- 2
- 3
- 4

Во время лечения необходимо ограничить

- водные процедуры
- физические нагрузки
- инсоляцию
- потребление углеводов

Фактором риска у данного больного можно считать

- род занятий
- пол
- семейное положение
- возраст

При трихофитии волосы обломаны на расстоянии + _____ + мм

- род занятий
- пол

- семейное положение
- возраст

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 18 лет обратилась на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже груди, нижних конечностей, сопровождающихся зудом.

Анамнез заболевания

Нашла в подъезде котенка и взяла домой, через неделю обнаружила на коже груди, голеней высыпания и обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Анамнез жизни

- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * В анамнезе гонартроз, миопия.
- * Не замужем.
- * Беременностей не было.
- * Проживает одна.
- * У родителей заболеваний кожи не было.

Объективный статус

Высыпания представлены отечными, возвышающимися эритематозными пятнами с четкими границами круглой формы, по периферии возвышающийся валик, единичные серозные корочки. Мелкопластинчатое шелушение. +
Пушковые волосы в очагах поражены. +
Высыпания локализуются на коже груди и на коже левой голени.

Для постановки диагноза необходимо проведение

- род занятий
- пол
- семейное положение
- возраст

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной ситуации является

- род занятий
- пол
- семейное положение

- возраст

Диагноз

Для постановки диагноза микроскопическое исследование на грибы должно быть не менее + _____ + раз с результатом «положительно»

- 4
- 3
- 2
- 1

Чаще всего вызывает микроспорию вид рода *Microsporum*

- *albigans*
- *canis*
- *verrucosum*
- *schonleinii*

В качестве терапии больному можно назначить

- гризеофульвин
- флуконазол
- нистатин
- нафтифин

Гризеофульвин назначают в дозировке + _____ + мг/кг

- 5
- 1
- 12, 5
- 50

В качестве терапии также можно назначить

- микафунгин
- натамицин
- тербинафин
- миконазол

Тербинафин взрослым назначается в дозировке + _____ + мг

- 100
- 50
- 500

- 250

В качестве наружной терапии можно назначить

- хлоргексидин
- кетоконазол крем
- фукорцин
- гентамициновую мазь

Лечение необходимо продолжать до получения отрицательных результатов в количестве + _____ + раз (-а)

- одного
- четырех
- трех
- двух

Переносчиком заболевания чаще являются

- коровы
- попугаи
- котята
- хорьки

Керион Цельса характерен для + _____ + формы

- коровы
- попугаи
- котята
- хорьки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мама с мальчиком 10 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже живота, сопровождающиеся умеренным зудом.

Анамнез заболевания

Со слов матери, первые высыпания появились 10 дней назад на коже живота. Самостоятельно не лечились.

В течение недели отметили распространение высыпаний.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания: хронический гастрит в стадии ремиссии.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Наследственность: не отягощена.
- * Дома живет кошка.
- * Ходит в спортивную секцию по каратэ.

Объективный статус

- * Кожный процесс носит ограниченный характер и локализуется на коже живота. Патологических очагов – 5.
- * Высыпания представлены отдельными округлыми эритематозными пятнами розового цвета до 2 см в диаметре с периферическим валиком, на поверхности которых отмечается мелкопластинчатое шелушение. Часть очагов имеет форму «кольца в кольце».
- * Волосы в очагах поражения обломлены и выступают над поверхностью кожи на 3 мм.
- * Субъективно беспокоит умеренный зуд.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- коровы
- попугаи
- котята
- хорьки

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- коровы
- попугаи
- котята
- хорьки

Диагноз

К возбудителем микроспории относят

- *Treponema pallidum*
- *Clostridium botulinum*
- *Neisseria gonorrhoeae*
- *Microsporum canis*

Для системной терапии микроспории у детей рекомендуется назначать

- циклоспорин А
- тетрациклин
- метронидазол
- тербинафин

Рекомендуемая доза тербинафина для системной терапии микроспории у детей массой тела больше 40 кг составляет + _____ + мг

- 250
- 500
- 1000
- 750

Для наружной терапии микроспории рекомендуется применять крем

- адапален
- мометазон
- кетоконазол
- азелаиновой кислоты

Лечение считается законченным при + _____ + отрицательных результатах исследования

- 5
- 3
- 2
- 7

При использовании системных антимикотических средств для терапии микроспории рекомендуется контролировать уровень + _____ + в сыворотке крови

- мочевой кислоты
- гемоглобина
- тромбоцитов
- ферментов печени

При назначении системных антимикотических препаратов рекомендуется проведение общего клинического анализа крови 1 раз в + _____ + дней

- 40
- 20

- 30
- 10

Синдром интоксикации наблюдается при + _____ + форме микроспории

- поверхностной
- себорейной
- экссудативной
- нагноительной

Инкубационный период при микроспории составляет + _____ + дней

- 5-7
- 10-14
- 20-25
- 31-38

Осмотр контактных лиц в образовательных учреждениях при выявлении больного с микроспорией проводится в первые (-ый)

- 5-7
- 10-14
- 20-25
- 31-38

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мама с девочкой 3 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже волосистой части головы с очагами облысения, сопровождающиеся умеренным зудом.

Анамнез заболевания

Со слов матери, первые высыпания появились неделю назад на коже затылочной области. В течение недели появились аналогичные высыпания на коже теменной области справа. +

Самостоятельно лечились антигистаминными средствами, без эффекта.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: не выявлены.

* Аллергоанамнез: не отягощен.

* Наследственность: неотягощена.

* Дома живет волнистый попугай.

Объективный статус

* Кожный патологический процесс носит ограниченный характер.

* На коже затылочной области имеется очаг округлой формы до 3 см в диаметре с мелкими очагами отсева (до 0,5 см) по периферии. На коже правой теменной области отмечается очаг овальной формы до 1,5 см в диаметре.

* Высыпания представлены отечными эритематозными пятнами розового цвета с четкими границами, на поверхности которых отмечается мелкопластинчатое шелушение.

* Волосы в очагах поражения обломлены и выступают над поверхностью кожи на 4-5 мм.

* Субъективно беспокоит умеренный зуд.

Основными методами обследования, необходимыми для подтверждения диагноза, являются

- 5-7
- 10-14
- 20-25
- 31-38

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- 5-7
- 10-14
- 20-25
- 31-38

Диагноз

К зоофильным возбудителям микроспории относят

- *Microsporum gypseum*
- *Microsporum ferrugineum*
- *Microsporum audouinii*
- *Microsporum canis*

Для системной терапии микроспории у детей рекомендуется назначать

- амоксициллин

- гризеофульвин
- преднизолон
- метотрексат

Прием гризеофульвина рекомендуется комбинировать с

- крепким чаем
- лимонадом
- сметаной
- растительным маслом

Гризеофульвин рекомендуется назначать в дозе + ____ + мг/кг в сутки

- 21-22
- 47-51
- 11-13
- 33-37

Доза гризеофульвина снижается только после получения + ____ + отрицательного микроскопического исследования на наличие грибов

- 1
- 5
- 3
- 7

Для наружной терапии микроспории рекомендуется применять крем

- изоконазол
- бацитроцин
- метронидазол
- цинка пиритион

Лечение считается законченным при + ____ + отрицательных результатах исследования

- 3
- 7
- 5
- 2

При микроспории волосистой части головы диспансерное наблюдение пациентов осуществляется в течение + ____ + месяцев

- 12

- 3
- 5
- 6

Допуск в организованный коллектив пациенту, перенёсшему микроспорию, дает

- аллерголог
- инфекционист
- дерматовенеролог
- пульмонолог

К профилактическим мероприятиям при микроспории относят

- аллерголог
- инфекционист
- дерматовенеролог
- пульмонолог

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 33 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На единичный очаг облысения на голове, субъективно незначительный зуд.

Анамнез заболевания

Впервые очаг облысения появился 1 месяц назад. В это время пациентка отмечает перенесенный эмоциональный стресс по поводу развода. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * Вредные привычки отрицает.
- * У родителей заболеваний кожи и волос не было.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.

Объективный статус

- * Кожный патологический процесс носит ограниченный асимметричный воспалительный характер.
- * Локализуется на коже волосистой части головы в области затылка.
- * Представлен единичным очагом нерубцового облысения, кожа в зоне поражения бледно-розового цвета. Тест на натяжение волос положительный.

* Дерматоскопическая картина: перипиллярные точки интенсивного желто-коричневого цвета, волосы в виде восклицательных знаков, при осмотре в лучах лампы Вуда свечения нет.

С целью дифференциальной диагностики возможно проведение

- аллерголог
- инфекционист
- дерматовенеролог
- пульмонолог

Результаты обследования

При планировании лечения глюкокортикоидными средствами системного действия необходимо определение уровня

- аллерголог
- инфекционист
- дерматовенеролог
- пульмонолог

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является + _____ + форма гнездной алопеции

- аллерголог
- инфекционист
- дерматовенеролог
- пульмонолог

Диагноз

При тотальной форме гнездной алопеции наблюдается отсутствие волос на коже

- волосистой части головы и тела
- в области роста ресниц и бровей
- волосистой части головы
- в области роста бровей и усов

Для наружной терапии гнездной алопеции применяют

- пиритион цинка
- ретинола пальмитат

- клобетазола пропионат
- бензоила пероксид

Для системной терапии при тяжелых формах гнездной алопеции применяется

- дипроспан
- изотретиноин
- ацетритин
- преднизолон

При очаговой форме алопеции характерно поражение

- височной области
- ресниц
- усов
- бороды

Дополнительная терапия при ограниченной форме гнездной алопеции подразумевает назначение

- ретинола пальмит
- железа сульфат
- токоферола ацетат
- сульфат цинка

При ограниченной форме гнездной алопеции применяется

- токоферола ацетат
- ретинола пальмитат
- клобетазола пропионат
- пиритион цинка

Для лечения тяжелых форм гнездной алопеции может применяться

- ацитретин
- дутастерид
- циклоспорин
- финастерид

Для наружной терапии гнездной алопеции на волосистой части головы используется

- латанопрост
- кальципотриол
- миноксидил

- биматопрост

При тяжелых формах гнездовой алопеции назначается

- латанопрост
- кальципотриол
- миноксидил
- биматопрост

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Подросток 15 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На отсутствие волос на голове, субъективно зуд и жжение в местах поражения.

Анамнез заболевания

Первые очаги облысения появились 1 год назад, после перенесенного эмоционального напряжения. За последнее время отмечают появление новых очагов отсутствия волос.

Анамнез жизни

- * Аллергоанамнез: не отягощен
- * Хронический гастрит
- * У родителей заболеваний кожи не было
- * Перенесенные заболевания: Инфекционный мононуклеоз

Объективный статус

- * Кожный патологический процесс хронического не воспалительного характера.
- * Локализуется на коже волосистой части головы в левой височной области.
- * Представлен тремя очагами нерубцового облысения вариабельных форм и размеров, кожа в зоне поражения телесного цвета. Тест на натяжение волос положительный. В очаге поражения определяются остатки волос в виде «головешки».
- * Ногтевые пластины не изменены.
- * Субъективно - не беспокоит.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза является

- латанопрост
- кальципотриол
- миноксидил

- биматопрост

Результаты обследования

При планировании лечения глюкокортикостероидными препаратами системного действия необходимо определение уровня

- латанопрост
- кальципотриол
- миноксидил
- биматопрост

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- латанопрост
- кальципотриол
- миноксидил
- биматопрост

Диагноз

Для больных гнездной алопецией характерна специфическая деформация

- большеберцовых костей
- коленных суставов
- ногтевых пластин
- межфаланговых суставов

Для наружной терапии гнездной алопеции применяют

- такролимус
- адапален
- кальципотриол
- клобетазол

Для системной терапии гнездной алопеции преднизолон применяется перорально + _____ + мг в неделю

- 500
- 300
- 200
- 100

При цилиарной алопеции наружно применяется

- латанопрост
- такролимус
- адапален
- миноксидил

Сульфат цинка при локальной форме гнездной алопеции применяется из расчета + ____ + мг на кг массы тела в сутки

- 1
- 25
- 15
- 5

При локальной форме гнездной алопеции для внутриочагового введения используют

- токоферола ацетат
- триамциналон
- пиритион цинка
- ретинола пальмитат

При необходимости назначения Циклоспорина рекомендуемая суточная доза препарата составляет + _____ + мг на кг массы тела в сутки

- 1—2
- 0,5—1
- 2,5—6
- 7—10

Для наружной терапии гнездной алопеции на волосистой части головы используется раствор

- Рингера
- биматопроста
- латанопроста
- миноксидила

При тяжелых формах гнездной алопеции назначается

- Рингера
- биматопроста
- латанопроста
- миноксидила

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 6 лет с мамой обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На очаг облысения на коже волосистой части головы, субъективно не беспокоит.

Анамнез заболевания

Очаг облысения появился 1 месяц назад. Из анамнеза известно, что в доме где проживает ребенок есть домашние животные: кошка, собака. Также известно, что у ребенка появились белые пятна в области коленных суставов.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * У родителей заболеваний кожи и волос нет.
- * ОРВИ, Детские инфекции.
- * Аллергоанамнез: не отягощен

Объективный статус

- * Кожный патологический процесс носит ограниченный несимметричный невоспалительный характер.
- * Локализуется на коже волосистой части головы в теменной области.
- * Представлен единичным очагом отсутствия волос телесного цвета округлой формы с четкими границами.
- * По одному краюочага имеются обломки волос в виде восклицательного знака, а на противоположном – рост веллюса.
- * На коже разгибательной поверхности коленных суставов определяются белые пятна округлой формы с четкими границами.
- * Ногтевые пластины не изменены.
- * Субъективно - не беспокоит.

С целью определения возможного пускового фактора заболевания необходимо определить антитела к

- Рингера
- биматопроста
- латанопроста
- миноксидила

Результаты обследования

С целью диагностики сочетанной патологии необходимо провести

- Рингера
- биматопроста
- латанопроста
- миноксидила

Результаты обследования

На основании клинико-anamnestических данных можно выставить диагноз + _____ + форма гнездной алопеции

- Рингера
- биматопроста
- латанопроста
- миноксидила

Диагноз

Гнездная алопеция часто сочетается с

- склеродермией
- псориазом
- витилиго
- парапсориазом

Данному ребенку необходимо назначить

- ихтиол
- адапален
- такролимус
- клобетазол

При тяжелых формах гнездной алопеции назначается преднизолон 200 мг в неделю сроком на

- 6 месяцев
- 2 недели
- 1 месяц
- 3 месяца

Метилпреднизолон назначается при гнездной алопеции по схеме + _____ + мг в сутки

- 50

- 150
- 250
- 100

Метотрексат 15-30 мг 1 раз в неделю перорально или подкожно назначается в течение + ____ + месяцев

- 3
- 4
- 9
- 2

При ограниченной форме гнездной алопеции применяется внутриочаговое введение

- метилпреднизолона ацепоната
- клобетазола пропионата
- триамцинолона ацетонида
- бетаметазона валерата

Бетаметазона дипропионат {plus} бетаметазона динатрия фосфат вводится в очаг поражения из расчета + _____ + мл/см²

- 0,02
- 0,5
- 0,2
- 0,05

Внутрикожные инъекции бетаметазона дипропионата вводятся каждые + _____ + недель (-и)

- 4
- 6
- 10
- 8

Побочным эффектом внутрикожных инъекций бетаметазона дипропионата является

- 4
- 6
- 10
- 8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

Усиленное выпадение волос, субъективно не беспокоит.

Анамнез заболевания

Первые проявления выпадения волос появились 6 месяцев назад. На приеме у врача-косметолога проведен курс мезотерапия, с непродолжительным положительным эффектом. Из анамнеза известно, что менструальный цикл нерегулярный.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * У родителей заболеваний кожи и волос не было.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.

Объективный статус

- * Кожный патологический процесс носит ограниченный несимметричный невоспалительный характер.
- * Локализуется на коже волосистой части головы преимущественно в теменной области.
- * Представлен диффузным поредением и истончением волос. Тест на натяжение волос отрицательный.
- * При дерматоскопии определяются волосы разного диаметра, пушковые волосы, растущие из миниатюризированного фолликула.
- * Субъективно - не беспокоит.

Данной пациентке необходимо определение

- 4
- 6
- 10
- 8

Результаты обследования

У данной пациентки необходимо исключить синдром

- 4

- 6
- 10
- 8

Результаты обследования

Андрогенная алопеция часто может сочетаться с

- псевдопеладой Брока
- дискоидной красной волчанкой
- гнездной алопецией
- фолликулярным плоским лишаем

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- псевдопеладой Брока
- дискоидной красной волчанкой
- гнездной алопецией
- фолликулярным плоским лишаем

Диагноз

Нежелательным эффектом применения Миноксидила является усиление выпадения волос спустя

- 12 месяцев
- 6 месяцев
- 1 неделю
- 1 месяц

В качестве наружной терапии пациентке следует назначить

- пимекролимус
- такролимус
- кальципотриол
- миноксидил

Положительный эффект при использовании миноксидила появляется через

- 1 год
- 1 месяц
- 4 месяца
- 2 недели

Финастерид является ингибитором

- 5α-редуктазы типа 2
- 5α-редуктазы типа 1
- протонной помпы
- ангиотензинпревращающего фермента

Положительный эффект при применении Финастерида наблюдается через

- 6-12 месяцев
- 2-3 года
- 2-4 недели
- 1-2 месяца

Частым побочным эффектом Финастерида является

- бесплодие у женщин
- сексуальная дисфункция
- цирроз печени
- гипертонический криз

Для лечения андрогенной алопеции у женщин Ципротерона ацетат применяется + _____ + мг в сутки

- 5
- 100
- 10
- 150

Побочным эффектом применения Спиринолактона является + _____ + действие

- 5
- 100
- 10
- 150

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На очаг облысения на коже волосистой части головы, субъективно не беспокоит.

Анамнез заболевания

Первый очаг облысения появился внезапно 1 год назад. В течение года очаг увеличился в диаметре. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась.

Анамнез жизни

- * Витилиго с 15 лет
- * Атопический дерматит ремиссия
- * У мамы склеродермия
- * Гастрит
- * Панкреатит
- * Гипертоническая болезнь

Объективный статус

- * Кожный патологический процесс носит ограниченный несимметричный невоспалительный характер.
- * Локализуется на коже волосистой части головы в теменной области.
- * Представлен очагом нерубцового облысения с неизменным цветом кожи неправильной формы с четкими границами.
- * Дерматоскопическая картина: черные точки капаверизованных волос в устье фолликулов.
- * Ногтевые пластины обеих кистей изменены по типу наперстка.
- * Субъективно - не беспокоит.

В данной клинической ситуации диагноз можно выставить на основании

- 5
- 100
- 10
- 150

Результаты обследования

Для исключения сочетанной патологии необходимо определение

+ _____ + гормона

- 5
- 100
- 10
- 150

Результаты обследования

Очаговая алопеция часто развивается у больных

- системной склеродермией
- атопическим дерматитом
- себорейным дерматитом
- псориазом

Форма гнездной алопеции при которой отсутствуют ресницы имеет название

- суперцилиарная
- тотальная
- цилиарная
- офиазис

При гнездной алопеции наружно применяется

- адапален
- такролимус
- клобетазол
- кальципотриол

При тяжелых формах гнездной алопеции рекомендуется применение

- ПУВА-ванны
- магнито-лазерной терапии
- ПУВА-терапии
- селективной фототерапии

При необходимости назначения метотрексата рекомендуемая доза препарата составляет + _____ + мг 1 раз в неделю

- 35—50
- 15—30
- 1—5
- 5—10

В качестве системной терапии при локальной форме гнездной алопеции применяется цинка сульфат + ____ + мг на кг массы тела в сутки

- 5
- 15
- 1
- 25

При цилиарной форме гнездной алопеции назначается

- миноксидил

- латанопрост
- пимекролимус
- адапален

Доза назначения Циклоспорина составляет + _____ + мг на кг массы тела в сутки

- 1—2
- 2,5—6
- 7—14
- 0,5—1

При локальной гнездной алопеции триамцинолон применяется каждые + _____ + недель

- 4-6
- 9-11
- 7-9
- 12-13

Побочным эффектом внутрикожных инъекций триамцинолона ацетонида является

- 4-6
- 9-11
- 7-9
- 12-13

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 46 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся выраженным зудом.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 10 лет, когда впервые после перенесенного стресса отметила появление единичных высыпаний на коже волосистой части головы, туловища в виде «шелушащихся зудящих пятен ярко-красного цвета». Самостоятельно использовала ванны с морской водой, с незначительным положительным эффектом. +

8 лет назад высыпания начали распространяться на кожу груди, поясничной области, верхних и нижних конечностей. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно использовала наружные глюкокортикостероидные средства с незначительным положительным эффектом. +
Последние 5 лет в периоды обострений пациентка получала терапию в условиях дневного стационара, где проводились десенсибилизирующая и дезинтоксикационная, наружная терапия топическими глюкокортикостероидами, с положительным эффектом в виде частичного регресса высыпаний. +
Пациентка отмечает значительное улучшение со стороны кожного патологического процесса в летнее время.

Анамнез жизни

Развитие больного в детстве: росла и развивалась нормально.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Хирургические вмешательства: флебэктомия.

Наследственность: не отягощена.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Условия быта: удовлетворительные.

Курение: нет.

Объективный статус

Общее состояние: удовлетворительное.

Телосложение: правильное.

Лимфатические узлы: не пальпируются.

Органы движения (костно-мышечная система): жалоб нет.

Костно-мышечная система: не изменена.

Видимые слизистые: розовые.

Цвет кожи: бледнорозовый.

Тургор: нормальный.

Локальный статус: кожный патологический процесс носит распространенный характер, локализуется на коже волосистой части головы, туловища, разгибательных поверхностей плеч, предплечий, локтевых и коленных суставов, латеральной поверхности бедер, голеней и представлен высыпаниями в виде папул ярко-красного цвета и бляшек розового цвета до 7 см в диаметре, сливающихся между собой на коже поясничной области, с выраженной инфильтрацией, четкими границами и серебристо-белыми чешуйками на поверхности.

Для постановки диагноза пациентке проводится

- 4-6

- 9-11
- 7-9
- 12-13

Результаты обследования

Клиническая картина кожного патологического процесса соответствует проявлениям

- грибовидного микоза
- красного плоского лишая
- крупнобляшечного парапсориаза
- псориаза обыкновенного

Возможной терапевтической тактикой в данном случае является назначение

- фототерапии
- лазеротерапии
- магнитотерапии
- фонофореза

Предпочтительным видом фототерапии в данном случае является

- узкополосная средневолновая 311 нм
- локальная ПУВА-терапия
- общая ПУВА-терапия
- эксимерный УФ-свет

До облучения длинноволновым УФ-светом пациенту необходимо принять фотосенсибилизирующие препараты в дозе +_____+ мг на 1 кг массы тела

- 0,1-0,3
- 0,6-0,8
- 2-2,5
- 1,5-1,7

Пероральные фотосенсибилизирующие препараты необходимо принять за +_____+ часа (-ов) до облучения длинноволновым УФ-светом

- 1,5-2
- 3-4
- 42-54
- 24-26

При дозировании облучения в зависимости от типа кожи и степени загара больного начальная доза составляет + _____ + Дж/см²

- 15-20
- 5-7
- 0,25-1,0
- 0,1-0,2

Процедуры ПУВА-терапии рекомендуется проводить

- ежедневно
- 1 раз в неделю
- 2–4 раза в неделю
- 2 раза в месяц

Максимальные значения разовой дозы УФА составляют + _____ + Дж/см²

- 5-7
- 2-3
- 55-60
- 15-18

Рекомендуемое количество сеансов ПУВА-терапии на курс составляет + _____ + процедур

- 15-30
- 45-55
- 10-12
- 5-7

Перед началом ПУВА-терапии для выявления возможных противопоказаний пациентке необходима консультация

- флеболога
- офтальмолога
- гастроэнтеролога
- ревматолога

Для уменьшения диспепсических явлений, наблюдающихся при пероральном применении фотосенсибилизаторов, можно рекомендовать пациентке принимать их

- флеболога
- офтальмолога

- гастроэнтеролога
- ревматолога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет поступила в круглосуточный стационар.

Жалобы

На высыпания на коже волосистой части головы, туловища, паховой области, верхних, нижних конечностей, выраженный зуд, чувство стягивания кожи.

Анамнез заболевания

Пациентка считает себя больной в течение 19 лет, когда впервые, после перенесенной ангины, отметила появление высыпаний на коже туловища. За медицинской помощью не обращалась, ничем не лечилась. Высыпания самостоятельно регрессировали. Через 2 года отметила появление новых высыпаний на коже туловища верхних конечностей. Обратилась врачу-дерматовенерологу по месту жительства, проведено лечение топическими глюкокортикостероидными препаратами, антигистаминными препаратами, гепатопротекторами, проведена десенсибилизирующая терапия, с выраженным положительным эффектом. Полная ремиссия составила 2 года. После чего отметила появление новых высыпаний. В течение 3х лет кожный патологический процесс прогрессировал в виде постепенного распространения аналогичных очагов поражения на кожу волосистой части головы, верхних и нижних конечностей, ягодиц. В связи с чем пациентка неоднократно лечилась по месту жительства в условиях круглосуточного стационара, где получала процедуры общей узкополосной фототерапии, дезинтоксикационную и наружную терапию глюкокортикостероидными средствами с кратковременным положительным эффектом в виде частичного разрешения высыпаний. Неполные ремиссии составляли до 2 месяцев. В течение последних 8 лет в периоды обострений пациентка в условиях стационара по месту жительства получала терапию метотрексатом с высокой эффективностью в виде полного разрешения высыпаний на коже туловища, верхних и нижних конечностей, однако, в связи с развившейся в период последней госпитализации тромбоцитопенией и повышением печеночных ферментов препарат был отменен. Была назначена терапия циклоспорином с частичным положительным эффектом, однако, на фоне лечения было отмечено двухкратное повышение уровня креатинина в крови, в связи с чем препарат был отменен.

Анамнез жизни

Развитие больного в детстве: росла и развивалась нормально.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Хирургические вмешательства: нет.

Наследственность: неотягощена.

Аллергоanamнез: неотягощен.

Условия быта: удовлетворительные.

Курение: нет.

Объективный статус

Общее состояние: удовлетворительное. +

Телосложение: правильное. +

Лимфатические узлы: не пальпируются. +

Органы движения (костно-мышечная система): жалоб нет. +

Костно-мышечная система: не изменена. +

Видимые слизистые: розовые. +

Цвет кожи: бледнорозовый. +

Тургор: нормальный.

Локальный статус: кожный патологический процесс носит распространенный характер. Высыпания локализуются на коже волосистой части головы, туловища, верхних и нижних конечностях, паховой области. На коже волосистой части головы отмечаются множественные бляшки и папулы округлой формы, с выраженной инфильтрацией, ярко-красного цвета и с мелкопластинчатым шелушением на поверхности. На коже груди, спины, крестцовой области, а также разгибательных поверхностей локтевых суставов, кистей, верхней и нижней трети голени наблюдаются склонные к слиянию папулы и бляшки округлой формы, ярко-красного цвета, размером от 2 до 15 см в диаметре, с четкими границами, выраженной инфильтрацией покрытые серебристо-белыми чешуйками на поверхности. По периферии некоторых элементов наблюдается зона ярко-розового цвета, свободная от шелушения. На коже лобковой области, пахово-бедренных складок, межъягодичной складки отмечаются крупные бляшки неправильной формы, с четкими границами, ярко-красного цвета, с выраженным шелушением на поверхности.

Для постановки диагноза пациентке проводится

- флеболога
- офтальмолога
- гастроэнтеролога
- ревматолога

Результаты обследования

Клиническая картина кожного патологического процесса наиболее характерна для

- грибовидного микоза
- крупнобляшечного парапсориаза
- псориаза обыкновенного
- монетовидной экземы

На основании клинической картины, следует предположить псориаз в + _____ + стадии

- начальной
- регрессирующей
- стационарной
- прогрессирующей

Возможной терапевтической тактикой в данном случае является назначение

- белимумаба
- рофлумиласта
- инфликсимаба
- барицитиниба

Рекомендуемая начальная доза препарата инфликсимаба составляет + ____ + мг на кг веса больного

- 5
- 10
- 1
- 0,5

Вторую инъекцию инфликсимаба необходимо провести через + _____ + после первой инъекции

- 7 дней
- 1 месяц
- 24 часа
- 2 недели

Третью инъекцию инфликсимаба необходимо провести через + _____ + после второй инъекции

- 2 месяца
- 1 неделю

- 1 месяц
- 6 недель

Последующие инъекции инфликсимаба рекомендуется проводить

- 1 раз в 6 месяцев
- каждые 6 недель
- ежемесячно
- каждые 8 недель

Не рекомендуется продолжать лечение в случае отсутствия эффекта после проведения +___+ внутривенных инфузий

- 4
- 2
- 6
- 3

При проведении биологической терапии и, по меньшей мере, +___+ месяцев после ее окончания пациентке необходимо использовать надежные методы контрацепции

- 18
- 6
- 8
- 12

Перед началом терапии инфликсимабом пациентке необходимо получить заключение об отсутствии противопоказаний к биологической терапии у

- онколога
- эндокринолога
- флеболога
- фтизиатра

Биохимический анализ крови (исследование уровня креатинина, мочевины, билирубина, определение активности аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, гамма-глутамилтрансферазы и щелочной фосфатазы в крови) при лечении инфликсимабом необходимо проводить

- онколога
- эндокринолога
- флеболога
- фтизиатра

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 34 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже разгибательной поверхности предплечий и локтевых суставов.

Анамнез заболевания

Пациентка считает себя больной в течение 12 лет, когда в возрасте 22 лет впервые отметила появление высыпаний в виде «красных шелушащихся пятен» на коже разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов. Далее в течение 2-х месяцев высыпания распространились на кожу туловища, верхних и нижних конечностей, в связи с чем обратилась к врачу-дерматовенерологу в кожно-венерологический диспансер по месту жительства, где было проведено лечение в виде наружных средств и гипосенсибилизирующей терапии (название препаратов указать затрудняется), с выраженным положительным эффектом в виде полного регресса высыпаний. Заболевание носило волнообразный характер с периодами обострения и ремиссий. В периоды обострения заболевания пациентка самостоятельно использовала крем (название указать затрудняется) с положительным эффектом в виде частичного, иногда полного регресса высыпаний. Ремиссии в среднем составляли от 2 до 8 месяцев.

2,5 месяца назад после перенесенного психо-эмоциональным стресса отметила обострение кожного процесса в виде появления высыпаний на коже разгибательной поверхности предплечий и локтевых суставов, сопровождающихся выраженным зудом, самостоятельно наружную терапию не применяла. 2 месяца назад в течение одного месяца находился в Черногории, где отметила улучшение со стороны кожного процесса в виде уменьшения зуда, снижения интенсивности окраски высыпаний и прекращения появления новых элементов, что связывает с климатическими условиями.

Анамнез жизни

Развитие больной в детстве: росла и развивалась нормально.

Перенесенные заболевания: детские инфекции. ОРВИ.

Хирургические вмешательства: тонзилэктомия.

Наследственность: не отягощена.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Условия быта: удовлетворительные

Курение: нет.

Объективный статус

Общее состояние: удовлетворительное. +

Телосложение: правильное. +

Лимфатические узлы: не пальпируются. +

Органы движения (костно-мышечная система): жалоб нет. +

Костно-мышечная система: не изменена. +

Видимые слизистые: розовые. +

Цвет кожи: бледнорозовый. +

Тургор: нормальный. +

Локальный статус: патологический кожный процесс носит ограниченный характер. Высыпания локализуются на коже разгибательной поверхности локтевых суставов, на коже предплечий. Высыпания представлены инфильтрированными бляшками розового цвета с умеренным шелушением. На поверхности бляшек наблюдаются серебристо-белые чешуйки.

Для постановки диагноза пациентке проводится

- онколога
- эндокринолога
- флеболога
- фтизиатра

Результаты обследования

Клиническая картина кожного патологического процесса наиболее характерна для высыпаний при

- роговой экземе
- псориазе
- крупнобляшечном парапсориазе
- розовом лишае Жибера

Клиническая картина кожного патологического процесса соответствует проявлениям + _____ + псориаза

- инверсного
- экссудативного
- вульгарного
- себорейного

На основании клинической картины, следует предположить + _____ + стадию течения заболевания

- прогрессирующую

- регрессирующую
- активную
- стационарную

Для лечения пациента возможно применение + _____ + терапии

- локальной ПУВА-
- иммунобиологической
- наружной
- цитостатической

В качестве наружной терапии пациенту можно рекомендовать

- азелаиновой кислоты, крем 20%, 2 раза в сутки
- адапален, 0.1 % крем, 1 раз в сутки
- пиритион цинк аэрозоль 2–3 раза в сутки
- клиндамицина фосфат, гель 1%, 3-4 раза в сутки

Для достижения стойкого эффекта применение препарата, содержащего цинк пиритион активированный, рекомендуется

- продолжить в течение 1 недели после исчезновения клинических симптомов
- прекратить после исчезновения шелушения на поверхности бляшек
- продолжить в течение 8 недель 1 раз в неделю после исчезновения клинических симптомов
- прекратить после разрешения высыпаний

При высокой степени инфильтрации и плотности высыпаний пациента рекомендуется назначить

- 5-10% ихтиоловую мазь 1–2 раза в сутки
- 1% крема Бифоназол 2-3 раза в сутки
- примочки с 1% раствором борной кислоты 1-2 раза в сутки
- 1% водного раствора метиленового синего 2-3 раза в сутки

Для уменьшения шелушения необходимо рекомендовать пациенту мазь с

- глюкокортикостероидами
- салициловой кислотой
- декспантенолом
- антибиотиками

Учитывая стадию кожного патологического процесса, концентрация салициловой кислоты в мази должна составлять + ____ + %

- 0,5
- 5
- 1
- 2

В качестве мер физиотерапевтического лечения для пациента предпочтительно проведение

- ПУВА-терапии с пероральным применением фотосенсибилизаторов
- узкополосной средневолновой терапии
- терапии эксимерным УФ-светом
- ПУВА-ванн

Необходимая длительность курсового лечения эксимерным УФ-светом составляет + _____ + процедур

- ПУВА-терапии с пероральным применением фотосенсибилизаторов
- узкополосной средневолновой терапии
- терапии эксимерным УФ-светом
- ПУВА-ванн

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

С жалобами на высыпания на коже волосистой части головы, заушных областей, лица, туловища, конечностей без субъективных ощущений.

Анамнез заболевания

Пациент сообщил, что заболел в зимний период времени, когда появились единичные высыпания на коже волосистой части головы. Высыпания связывает с перенесенным стрессом. В течение недели высыпания распространились на кожу лица, туловища, верхних и нижних конечностей.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает. +

Не курит, алкоголем не употребляет. +

У родителей заболеваний кожи не было. У бабушки, со стороны отца, в течение жизни отмечались периодические высыпания на волосистой части головы с отхождением крупных корок, к врачу по этому поводу не обращалась.

Объективный статус

Патологический кожный процесс носит островоспалительный распространенный характер. +

Локализуется на коже волосистой части головы, ушей, заушных областей, лица, туловища, верхних и нижних конечностей. +

На волосистой части головы обширные инфильтрированные бляшки с наслоением плотных асбестовидных корок. На теле множественные папулезные элементы ярко-розового цвета, покрытые серебристо-белыми чешуйками, сливающиеся в бляшки диаметром до 10 см. +

Ногтевые пластины кистей с продольной исчерченностью, ногтевые пластины стоп не изменены.

Для постановки диагноза необходимо проведение

- ПУВА-терапии с пероральным применением фотосенсибилизаторов
- узкополосной средневолновой терапии
- терапии эксимерным УФ-светом
- ПУВА-ванн

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом данного пациента является

- ПУВА-терапии с пероральным применением фотосенсибилизаторов
- узкополосной средневолновой терапии
- терапии эксимерным УФ-светом
- ПУВА-ванн

Диагноз

В основе псориазической триады лежит

- гиперкератоз, акантолиз, капиллярит
- спонгиоз, гиперкератоз, гранулез
- паракератоз, акантоз, папилломатоз
- акантолиз, некроз, склероз

Необходимо оценить состояние

- поджелудочной железы
- почек
- костно-суставной системы
- органов кровообращения

В качестве местной терапии первой линии больному можно назначить

- препараты серы
- цинковую пасту
- глюкокортикостероиды
- средства с витамином E

Для обработки волосистой части головы рекомендована лекарственная форма в качестве

- мази
- присыпки
- шампуня
- крема

В качестве системной терапии первой линии больному можно назначить

- метотрексат
- гидроксихлорохин
- дапсон
- преднизолон

Рекомендуемые дозы метотрексата в неделю составляют + _____ + мг

- 0,3-1
- 50-100
- 10-30
- 1-2

В дополнение к терапии метотрексатом рекомендовано назначение

- препаратов калия
- препаратов железа
- никотиновой кислоты
- фолиевой кислоты

При неэффективности проводимой терапии рекомендовано назначение ингибиторов

- интерлейкина 6
- эпидермального фактора роста
- в-лифоцитов
- фактора некроза опухоли альфа

Для оценки степени тяжести псориаза используют индекс

- _EASY_
- _SCORAD_
- _PVAS_
- _PASI_

Инвалидизация чаще наступает при + _____ + форме псориаза

- _EASY_
- _SCORAD_
- _PVAS_
- _PASI_

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 50 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на туловище и верхних конечностях без субъективных ощущений.

Анамнез заболевания

После возвращения из отпуска (был на море) пациент заметил на груди белые пятна и обратился к врачу. До отпуска обратил внимание на мелкие высыпания розового цвета, которые разрешились без лечения на отдыхе. Отмечает, что такие высыпания у него были после прохождения службы в армии, к врачу не обращался. Склонен к повышенному потоотделению.

Анамнез жизни

В анамнезе остеосинтез правого бедра после перелома в 1983 году, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ишемическая болезнь сердца, стабильная стенокардия, ожирение II степени. +

Женат, половые контакты со слов только с женой. +

Половая жизнь с 17 лет. +

У родителей заболеваний кожи не было. +

Курит в течение 20 лет по 10-15 сигарет в день, алкоголь употребляет умеренно.

Объективный статус

Высыпания представлены депигментированными пятнами неправильной формы на фоне загорелой кожи. Местами сливаются в крупные пятна размером до 3 сантиметров. Локализуются на передней поверхности туловища, спине, плечах.

Для постановки диагноза необходимо проведение

- _EASY_
- _SCORAD_
- _PVAS_
- _PASI_

Результаты обследования

Для постановки диагноза пациенту необходимо проведение

- _EASY_
- _SCORAD_
- _PVAS_
- _PASI_

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- _EASY_
- _SCORAD_
- _PVAS_
- _PASI_

Диагноз

Возбудителем разноцветного лишая является

- _T.rubrum_
- _C.albicans_
- _M.canis_
- _Malassezia__furfur_

В качестве терапии больному можно предложить топические

- антибиотики
- глюкокортикостероиды
- ретиноиды
- антимикотики

Предпочтительно использовать лекарственную форму в виде

- крема
- пасты
- спрея
- лака

Рекомендуется назначить пациенту

- вориконазол
- серно-салициловую мазь
- амфотерицин В
- бифоназол

Также пациенту можно назначить

- нафтифин
- кетоконазол
- каспофунгин
- флуцитозин

При неэффективности местной терапии, к лечению необходимо добавить

- глюкокортикостероиды
- кератолитики
- антибактериальные препараты
- системные антимикотики

В качестве препарата выбора системной терапии рекомендуется

- тербинафин
- гризеофульвин
- леворин
- кетоконазол

Разноцветный лишай относится к

- эпидермомикозам
- глубоким микозам
- трихомикозам
- кератомикозам

К провоцирующим факторам дерматоза относится

- эпидермомикозам
- глубоким микозам
- трихомикозам
- кератомикозам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 38 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже носа, век, ушных раковин и верхней части груди, сопровождающиеся болезненностью.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 6 месяцев, когда впервые заметил на коже носа и век, пятна синюшно-багрового цвета. Появление высыпаний ни с чем не связывает, к врачу не обращался. В течение 2 месяцев высыпания распространились на кожу ушных раковин и груди. Со временем отметил появление болезненности в области высыпаний. Самостоятельно принимал обезболивающие и антибактериальные препараты, без эффекта.

Анамнез жизни

- * Сопутствующие заболевания: кандидозный стоматит, хроническая обструктивная болезнь легких.
- * Курит, алкоголем не злоупотребляет, 13 лет назад несколько раз вводил внутривенные наркотические средства.
- * У родителей заболеваний кожи не было.
- * Аллергоанамнез: не отягощен
- * Наследственность: не отягощена

Объективный статус

На коже носа, век, ушных раковин и верхней части груд расположены множественные узелки и незначительно инфильтрированные бляшечные элементы синюшно-багрового цвета с неправильными контурами. При пальпации отмечаются увеличенные подчелюстные, подмышечные и паховые лимфатические узлы до 3 см в диаметре, плотно-эластической консистенции, подвижные, безболезненные.

Для уточнения диагноза следует провести

- эпидермомикозам
- глубоким микозам
- трихомикозам
- кератомикозам

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- эпидермомикозам
- глубоким микозам
- трихомикозам
- кератомикозам

Диагноз

Причиной развития саркомы Капоши является вирус

- простого герпеса I и II типа.
- герпеса человека 8 типа (HHV-8)
- герпеса человека 4 типа (HHV-4)
- герпеса человека 1,3,6 типа (HHV-1,3,6)

У данного пациента можно предположить развитие + _____ + саркомы Капоши

- идиопатической
- эпидемической
- эндемической
- ятрогенной

Наибольшая частота встречаемости СК наблюдается в странах

- Дальнего Востока
- побережья Черного и Азовского морей
- побережья Средиземного моря и центральной Африки
- Южной Америки, западной Европы

Одним из основных путей передачи возбудителя саркомы Капоши (HHV-8) является

- воздушно-пылевой
- половой
- трансмиссивный
- водный

При классификации саркомы Капоши выделяют классическую, эндемическую, эпидемическую и + _____ + формы заболевания

- эритродермическую
- иммуносупрессивную
- экваториальную
- вульгарную

В данном случае рекомендуется + _____ + терапия

- антипиретическая
- антиретровирусная
- глюкокортикостероидная
- антибактериальная

Пациенту может быть рекомендована

- фитотерапия
- цитостатическая терапия
- инъекция дипроспана
- антимикотическая терапия

Методы лечения саркомы Капоши зависят от

- клинической формы, размера поражений и вовлеченных органов
- пола, возраста, наличия вредных привычек
- показателей артериального давления, результатов общего анализа крови и мочи
- результатов анкетирования, физической формы

В качестве консервативной терапии диссеминированной формы саркомы Капоши показано назначение

- мебендазола 100-300 мг
- пенициллина 3-18 млн. ЕД
- мильдониядигидрата 100 мг
- интерферона-а 3-30 млн. ЕД

В качестве консервативной терапии диссеминированной формы саркомы Капоши показано назначение

- мебендазола 100-300 мг
- пенициллина 3-18 млн. ЕД
- мильдониядигидрата 100 мг
- интерферона-а 3-30 млн. ЕД

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 30 лет обратилась на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже туловища, верхних конечностей, сильный зуд, усиливающийся в ночное время.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение недели, когда впервые обратила внимание на высыпания в межпальцевых промежутках кистей, сопровождающихся сильным зудом. В течение двух дней сыпь распространилась на кожу локтей, затем на кожу живота и спины. Отмечает появление зуда у ребенка.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает. +

Не курит, алкоголь не употребляет. +

Замужем. +

Беременность 1, роды 1. +

Проживает с мужем и сыном (5 лет). +

У родителей заболеваний кожи не было.

Объективный статус

Высыпания представлены эритематозными папулами, местами покрытыми кровянистыми корочками. Локализуются в области переднебоковых поверхностей живота, нижней части спины, в области локтевых суставов и межпальцевых промежутков. Некоторые элементы расположены попарно. На коже живота, ягодиц, бедер – точечные и линейные эксфолиации. +
Ногти на кистях имеют полированный вид.

Для постановки диагноза необходимо проведение

- мебендазола 100-300 мг
- пенициллина 3-18 млн. ЕД
- мильдониядигидрата 100 мг
- интерферона-а 3-30 млн. ЕД

Результаты обследования

Для подтверждения диагноза необходимо проверить симптом

- мебендазола 100-300 мг
- пенициллина 3-18 млн. ЕД
- мильдониядигидрата 100 мг
- интерферона-а 3-30 млн. ЕД

Результаты обследования

Предполагаемым диагнозом у пациентки будет

- мебендазола 100-300 мг
- пенициллина 3-18 млн. ЕД
- мильдониядигидрата 100 мг
- интерферона-а 3-30 млн. ЕД

Диагноз

Возбудителем чесотки является

- _Sarcoptes_ _scabiei_
- _Phthirus_ _leach_
- _Pulex_ _irritans_
- _Pediculus_ _corporis_

В качестве терапии больному можно назначить

- метронидазол
- стибоглюконат
- бензил-бензоат
- малатион

Обработку необходимо повторить на + ____ + день

- 2-й
- 3-й
- 4-й
- 5-й

В качестве альтернативной терапии больному можно назначить

- хлорпромазин
- пиперонилбутоксид {plus} эсбиол
- диоксометилтетрагидропиримидин
- пентамидинизонат

Перед нанесением скабицидов необходимо

- подстричь ногти
- смазать кожу эмолиентами
- помыться и распарить кожу
- обработать расчески анилиновыми красителями

Скабиозная эритродермия возникает в случаях приема

- антибиотиков
- антикоагулянтов
- хинолинов
- кортикостероидов

Наносить противопаразитарные препараты необходимо

- тампоном
- аппликатором
- нетканой салфеткой
- руками

Норвежская чесотка возникает у

- пациентов с иммунодефицитом
- детей
- чистоплотных пациентов
- лиц северных национальностей

Чесоточный клещ активизируется

- пациентов с иммунодефицитом
- детей
- чистоплотных пациентов
- лиц северных национальностей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 19 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На жжение и болезненность при мочеиспускании, диспареунию.

Анамнез заболевания

Обратила внимание выделения, жжение и болезненность при мочеиспускании и во время половых актов в течение последних 2 месяцев. Обратила внимание на то, что постоянный половой партнер отмечает учащение мочеиспускания после возвращения из командировки. Половой партнер к врачу обращаться отказывается. В течение двух недель отмечает покраснение и сухость правого глаза, отечность конъюнктивы. В течение последней недели отмечает болезненность в коленном суставе.

Анамнез жизни

Не замужем, есть постоянный половой партнер. +

Половая жизнь с 18 лет. +

Беременностей не было. +

Курит в течение 2 лет по 4-6 сигарет в день, алкоголь употребляет умеренно. +

В анамнезе бронхиальная астма, астигматизм, хронический пиелонефрит.

Объективный статус

При объективном осмотре: наружные половые органы развиты правильно, наблюдается гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, необильные слизистые уретральные выделения, гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы. +

В зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, отечна, подвижна, с необильными слизистыми выделениями. Шейка матки цилиндрической формы, отечная, слизистая оболочка цервикального канала гиперемирована, отечна.

Наружный зев округлый. +

При влагалищном исследовании: слизистая подвижна, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев замкнут. Матка в anteфлексio, не увеличена, в смещении безболезненная. Придатки не пальпируются, безболезненные. Влагалищные своды высокие, свободные. +

При ректальном исследовании: стенки кишки эластичные. Просвет кишки обычный. Патологического содержимого в просвете нет. Складки слизистой подвижные. Слизистая обычного цвета. Ранимость слизистой отсутствует. Сфинктер без особенностей.

Для постановки диагноза необходимо проведение

- пациентов с иммунодефицитом
- детей
- чистоплотных пациентов
- лиц северных национальностей

Результаты обследования

У пациентки можно предположить

- первичный сифилис
- гонококковую инфекцию
- урогенитальный трихомониаз
- хламидийную инфекцию

К виду хламидий, вызывающему данное проявление, относится

- _pecorum_
- _trachomatis_
- _psittaci_
- _muridarum_

В качестве терапии больному можно назначить

- цефтриаксон
- меропенем
- доксициклин
- ципрофлоксацин

Доксициклин назначается в дозировке + ____ + мг 2 раза в сутки течение 7 дней

- 50
- 300
- 10
- 100

В качестве альтернативы больному можно назначить

- гентамицин
- азитромицин
- рифампицин
- офлоксацин

Азитромицин назначается в дозировке + _____ + мг

- 1000
- 100
- 500
- 250

Продолжительность терапии хламидийной инфекции нижних отделов мочеполовой системы составляет

- 3 дня
- 2 недели
- 7 дней
- 1 месяц

Продолжительность терапии хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы зависит от выраженности клинических проявлений воспалительных процессов мочеполовых органов, результатов лабораторных и инструментальных исследований и варьирует от 14 дней до

- 26 дней
- 1 месяца
- 2 месяцев
- 21 дня

Вирулентными свойствами обладает

- элементарное тельце
- ретикулярное тельце
- L-форма
- циста

Возбудитель хламидийной инфекции тропен к + _____ + эпителию

- многослойному неороговевающему
- реснитчатому
- цилиндрическому
- призматическому

Для получения достоверных результатов лабораторных исследований рекомендуется получение клинического материала из уретры не ранее, чем через + _____ + после последнего мочеиспускания

- многослойному неороговевающему
- реснитчатому
- цилиндрическому
- призматическому

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 18 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже волосистой части головы, лица и груди.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 2-3 лет, когда впервые отметил появление высыпаний на коже волосистой части головы. К врачу не обращался, не лечился. +

Со временем высыпания распространились на кожу лица и груди. +

Заболевание приобрело волнообразное течение с периодами обострений и ремиссий. Начало заболевания ни с чем не связывает.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания: хронический гастрит.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.
- * Наследственность: не отягощена.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

- * Кожный патологический процесс носит распространенный характер и локализуется на коже волосистой части головы, лица, груди.
- * На лице высыпания локализуются в области крыльев носа, лба, носогубных складок, надпереносья, бровей.
- * Высыпания представлены очагами эритемы бледно-розового цвета округлой формы с незначительной инфильтрацией, на поверхности которой отмечается шелушение и корки желтого цвета.
- * Субъективно – незначительный зуд.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- многослойному неороговевающему
- реснитчатому
- цилиндрическому
- призматическому

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- многослойному неороговевающему
- реснитчатому
- цилиндрическому
- призматическому

Диагноз

У взрослых к одному из самых ранних признаков заболевания относят

- атрофию
- мокнутие
- перхоть
- зуд

Для наружной терапии при себорейном дерматите рекомендуется назначать

- антибактериальные средства
- эмолиенты
- анилиновые красители
- глюкокортикостероиды

Для избежания риска развития нежелательных явлений, свойственных длительному использованию глюкокортикостероидов, рекомендуется назначать

- азелаиновую кислоту
- фузидиевую кислоту
- цинка пиритион
- метронидазол

В виде примочек или в качестве антисептических средств при себорейном дерматите рекомендуется назначать

- тиосульфат натрия
- глюконат кальция
- резорцинол
- бетадин

При резистентности к наружному лечению для системной терапии себорейного дерматита рекомендуется назначать

- апремиласт
- метотрексат
- итраконазол
- амоксициллин

Итраконазол рекомендуется назначать в дозе + _____ + мг в сутки

- 800
- 600
- 200
- 400

При выраженном зуде больным себорейным дерматитом рекомендуется назначать

- лоратадин
- тофацитиниб

- метотрексат
- циклоспорин А

Себорейный дерматит локализуется в зонах с большим скоплением

+ _____ + желез

- потовых
- апокриновых
- сальных
- слюнных

Развитию себорейного дерматита способствует активизация

- *_Demodex_folliculorum_*
- *_Microsporum_canis_*
- *_Sarcoptes_scabiei_*
- *_Malassezia_spp_*

При себорейно дерматите высыпания, как правило, располагаются на коже

- *_Demodex_folliculorum_*
- *_Microsporum_canis_*
- *_Sarcoptes_scabiei_*
- *_Malassezia_spp_*

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Подросток (мальчик) 15 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже волосистой части головы, лица и спины.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение нескольких месяцев. Когда впервые отметил появление высыпаний на коже лица. К врачу не обращался, самостоятельно лечился антигистаминными средствами, без эффекта. +

Со временем высыпания распространились на кожу волосистой части головы и спины. +

Начало заболевания ни с чем не связывает.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: аллергический ринит. +

Аллергоанамнез: не отягощен. +

Наследственность: неотягощена. +
Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Кожный патологический процесс носит распространенный характер и локализуется на коже волосистой части головы, лица и межлопаточной области.

+

На лице высыпания локализуются в области крыльев носа, лба, носогубных складок, надпереносья, бровей. +

Высыпания представлены очагами эритемы бледно-розового цвета округлой формы с незначительной инфильтрацией, на поверхности отмечается шелушение и наложение корок желтого цвета. +

Субъективно – выраженный зуд.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- *_Demodex_folliculorum_*
- *_Microsporum_canis_*
- *_Sarcoptes_scabiei_*
- *_Malassezia_spp_*

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- *_Demodex_folliculorum_*
- *_Microsporum_canis_*
- *_Sarcoptes_scabiei_*
- *_Malassezia_spp_*

Диагноз

Себорейный дерматит манифестирует в период

- пубертатный
- ранний детский
- грудной
- старческий

Для наружной терапии при себорейном дерматите рекомендуется назначать крем

- диметинден

- бетаметазон
- адапален
- бацитрацин

Для избежания риска развития нежелательных явлений, свойственных длительному использованию глюкокортикостероидов, рекомендуется назначать

- фузидиевую кислоту
- метронидазол
- мометазон
- такролимус

Для наружной терапии себорейного дерматита рекомендуется назначать крем

- кетоконазол
- бацитроцин
- фузидиевую кислоту
- метронидазол

При резистентности к наружному лечению для системной терапии себорейного дерматита рекомендуется назначать

- тербинафин
- тофацитиниб
- ацитретин
- метотрексат

Тербинафин рекомендуется назначать в дозе + ____ + мг в сутки

- 750
- 1000
- 450
- 250

При выраженном зуде больным себорейным дерматитом рекомендуется назначать

- тофацитиниб
- лоратадин
- секукинумаб
- изотретиноин

Развитие генерализованной сыпи в виде эритродермии, диареи и анемии характерно для болезни

- Сенира-Ашера
- Рейтера
- Лейнера-Муссу
- Нетертона

Болезнь Лейнера-Муссе развивается у

- пожилых
- взрослых
- новорожденных
- подростков

**Себорейный дерматит локализуется в зонах с большим скоплением
+ _____ + желез**

- пожилых
- взрослых
- новорожденных
- подростков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 61 года обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

С жалобами на боли в области стоп, отек ног.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение трех лет, когда впервые заметил на стопах и на пальцах кистей пятна и узлы красноватого цвета. К врачу не обращался. Со временем процесс начал распространяться, усиливались боли и отеки ног.

Анамнез жизни

- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * У родителей заболеваний кожи не было.

Объективный статус

На стопах и кистях отмечаются 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.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза является

- пожилых
- взрослых
- новорожденных
- подростков

Результаты обследования

Возбудителем заболевания саркомы Капоши (СК) является

- вирус герпеса человека 1,3,6 типа (HHV-1,3,6)
- вирус герпеса человека 8 типа (HHV-8)
- вирус простого герпеса I и II типа
- вирус герпеса человека 4 типа (HHV-4)

Наибольшее количество возбудителя саркомы Капоши (вируса HHV-8) находится в

- моче
- крови
- сперме
- слюне

Начало заболевания саркомы Капоши чаще всего регистрируется в возрасте + _____ лет у мужчин, + _____ лет у женщин

- 40-45; 30-35
- 50-55; 40-45
- 60-65; 50-55
- 35-39; 25-39

Наибольшая частота встречаемости саркомы Капоши наблюдается в странах

- Южной и Северной Америки
- Северной и Южной Кореи
- Новой Зеландии и Австралии
- побережье Средиземного моря и центральной Африки

Одним из основных путей передачи возбудителя саркомы Капоши (HHV-8) является

- половой
- трансмиссивный
- парентеральный
- вертикальный

Для лечения локализованной формы саркомы Капоши рекомендуется провести

- хирургическое лечение
- курс антибиотикотерапии
- лечение цитостатиками
- курс терапии дапсоном

При лечении локализованной формы саркомы Капоши можно назначить

- прием гепатопротекторов
- гирудотерапию
- витаминотерапию
- криодеструкцию

При назначении доксорубина при классической саркоме Капоши рекомендуемая доза препарата составляет + _____ + мг/м²

- 0,2-0,4
- 20-40
- 10-20
- 5-10

В качестве консервативной терапии локализованной саркомы Капоши показано назначение

- топических средств с 9-цис-ретиноевой кислотой
- мази Гидрокортизона ацетат
- мази Метилпреднизолонаацепонат
- крема Бетаметазонадипропионат

В качестве консервативной терапии диссеминированной саркомы Капоши показано назначение

- интерферон- 3-30 млн. ЕД
- метотрексат 10-15 мг
- интерферон-1 млн. ЕД
- циклоферон 125 мг

Методы лечения саркомы Капоши зависят от

- интерферон- 3-30 млн. ЕД
- метотрексат 10-15 мг
- интерферон-1 млн. ЕД
- циклоферон 125 мг

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мама с мальчиком 5 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже лица.

Анамнез заболевания

5 дней назад мама ребенка отметила появление высыпаний в области вокруг носа, рта.

Анамнез жизни

- * Ребенок от I беременности, I родов.
- * Хронические заболевания: атопический дерматит [L20.0].
- * У родителей заболеваний кожи не было. У матери – бронхиальная астма.
- * Посещает детский сад.

Объективный статус

- Поражение кожи носит остро воспалительный характер.
- Высыпания располагаются коже лица (область вокруг носа, рта), представлены пузырями с серозно-гнойным содержимым, на месте вскрывшихся пузырей локализуются желтоватые корки.

Для подтверждения диагноза в данной клинической ситуации следует

- интерферон- 3-30 млн. ЕД
- метотрексат 10-15 мг
- интерферон-1 млн. ЕД
- циклоферон 125 мг

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- интерферон- 3-30 млн. ЕД
- метотрексат 10-15 мг
- интерферон-1 млн. ЕД
- циклоферон 125 мг

Диагноз

Импетиго стрептококковое относится к

- аутоиммунным заболеваниям
- вирусным дерматозам
- поверхностным стрептодермиям
- глубоким стафилодермиям

Дополнительным методом исследования при пиодермиях является

- исследование уровня глюкозы в крови
- биохимический анализ крови
- серологическое исследование на ВИЧ
- общий анализ мочи

Первичными морфологическими элементами при стрептококковом импетиго являются

- бугорки
- фликтены
- волдыри
- узелки

Первичные морфологические элементы при стрептококковом импетиго трансформируются в

- эрозии
- рубцы
- язвы
- трещины

В качестве терапии пациенту необходимо назначить + _____ + препараты

- системные глюкокортикостероидные
- системные антибактериальные
- наружные антисептические
- наружные глюкокортикостероидные

В качестве терапии стрептококкового импетиго к наружным антисептическим средствам следует присоединить топические

- антимикотические средства
- антибактериальные препараты

- глюкокортикостероидные препараты
- ингибиторы кальциневрина

Системные ретиноиды при пиодермиях назначают в дозе + ____ + мг/кг

- 1,5
- 0,5-1,0
- 0,25
- 0,75

Волосы в области расположения элементов сыпи при пиодермии элементов рекомендуется

- депилировать
- эпилировать
- состригать
- сбривать

Streptococcus _pyogenes_ относятся к

- грамположительным бактериям
- дрожжеподобным грибам
- грамотрицательным коккам
- вирусным микроорганизмам

Преимущественной локализацией стрептококкового импетиго является кожа

- грамположительным бактериям
- дрожжеподобным грибам
- грамотрицательным коккам
- вирусным микроорганизмам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 28 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

- * на изменение формы и цвета ногтевых пластин стоп;
- * на высыпания на коже подошв и межпальцевых складок стоп

Анамнез заболевания

Впервые 2 года назад после посещения бани появились высыпания на коже стоп. Через 6 месяцев изменилась форма и цвет ногтевых пластин первых

пальцев стоп. Зимой после перенесенной ОРВИ и приёмом антибиотиков пациентка заметила ухудшение состояния ногтевых пластин стоп. Обследование не проводилось.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * У родственников выявлено грибковое заболевание.
- * Аллергоанамнез не отягощён.
- * Хирургических вмешательств не было.

Объективный статус

- * Поражение ногтей первых пальцев стоп и кожи стоп хронического воспалительного характера.
- * Изменены 1 ногти и кожа стоп.
- * Утолщены 1 ногтевые пластины стоп за счёт подногтевого гиперкератоза, латеральная форма, до матрикса, жёлтого цвета.
- * В области 3 и 4 межпальцевых складках стоп, под пальцами и в области обеих пяток наблюдается обильное шелушение.
- * Субъективно зуд и жжение не беспокоят.
- * Ногтевые пластины кистей не изменены.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза является

- грамположительным бактериям
- дрожжеподобным грибам
- грамотрицательным коккам
- вирусным микроорганизмам

Результаты обследования

Анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, является

- начало в зимнее время
- ухудшение после антибиотиков
- посещение бани
- ухудшение после ОРВИ

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза является

- замедление роста ногтей
- отсутствие зуда
- истончение ногтей

- утолщение ногтей

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- замедление роста ногтей
- отсутствие зуда
- истончение ногтей
- утолщение ногтей

Диагноз

В качестве первого препарата системной противогрибковой терапии больному можно назначить

- итраконазол
- гризеофульвин
- вориконазол
- амфотерицин В

Рекомендуемая доза итраконазола составляет + _____ + мг в сутки

- 300
- 200
- 100
- 400

Перед назначением системной антимикотической терапии у взрослых необходимо провести

- клинический анализ крови
- коагулограмму
- общий анализ мочи
- биохимическое исследование крови

Рекомендуемая доза тербинафина составляет + _____ + мг в сутки

- 70
- 250
- 500
- 125

Наружная противогрибковая терапия проводится

- до отрастания здорового ногтя
- до отрицательного результата на грибы

- в течение 1 месяца
- до положительного культурального исследования

Итраконазол назначают по схеме

- 1 раз в неделю
- пульс-терапия
- через день
- ежедневно

Тербинафин назначают по схеме

- 1 раз в неделю
- ежедневная
- пульс-терапия
- через день

В случае отсутствия положительной динамики при приёме системного антимикотического препарата необходимо

- 1 раз в неделю
- ежедневная
- пульс-терапия
- через день

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 66 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

- * На изменение формы и цвета ногтевых пластин стоп и правой кисти;
- * на высыпания на коже стоп и правой кисти

Анамнез заболевания

Много лет изменены ногти стоп. 3 месяца назад заметил высыпания на коже правой кисти, периодически беспокоит зуд. Обследование не проводилось.

Анамнез жизни

- * Обструктивный бронхит, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа.
- * У родителей имеется грибковое заболевание.
- * Аллергоанамнез не отягощён.
- * Хирургические вмешательства аппендэктомия.

Объективный статус

- * Поражение всех ногтей стоп и правой кисти хронического воспалительного характера.
- * Изменены все ногти стоп и правой кисти.
- * Высыпания на коже подошв, межпальцевых складках стоп и правой кисти.
- * Утолщены все ногти стоп за счёт подногтевого гиперкератоза, дистально-латеральная форма, до матрикса, серо-жёлтого цвета.
- * На коже подошв, межпальцевых складках стоп и правой ладони наблюдается обильное кольцевидное и муковидное шелушение. На тыльной поверхности правой ладони и стоп ограниченные очаги инфильтрации, с возвышающимся валиком по периферии, на поверхности шелушение.
- * Субъективно отмечаются периодический зуд и жжение.
- * Ногтевые пластины левой кисти не изменены.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза является

- 1 раз в неделю
- ежедневная
- пульс-терапия
- через день

Результаты обследования

Анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, является

- появление высыпания на коже правой кисти 2 месяца назад
- начало заболевания много лет назад
- наличие грибкового заболевания у родителей
- наличие периодически возникающих зуда и жжения

Наиболее информативными клиническими признаками для постановки диагноза является

- периодический зуд и жжение в области очагов
- дистально-латеральная форма поражения ногтей стоп
- множественное поражение ногтей стоп и правой кисти
- утолщение ногтей за счёт подногтевого гиперкератоза

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- периодический зуд и жжение в области очагов
- дистально-латеральная форма поражения ногтей стоп
- множественное поражение ногтей стоп и правой кисти

- утолщение ногтей за счёт подногтевого гиперкератоза

Диагноз

В качестве первого препарата системной противогрибковой терапии больному можно назначить

- гризеофульвин
- амфотерицин В
- вориконазол
- тербинафин

Рекомендуемая доза тербинафина составляет + _____ + мг в сутки

- 500
- 125
- 62,5
- 250

Перед назначением системной антимикотической терапии у взрослых необходимо провести

- коагулограмму
- клинический анализ крови
- биохимическое исследование крови
- общий анализ мочи

Рекомендуемая доза итраконазола составляет + _____ + мг в сутки

- 200
- 300
- 100
- 400

Наружная противогрибковая терапия проводится

- до клинического разрешения высыпаний
- до отрицательного анализа на грибы
- 14 дней
- 30 дней

Итраконазол назначают по схеме

- пульс-терапии
- ежедневной

- прерывистой
- интермиттирующей

Тербинафин назначают по схеме

- интермиттирующей
- прерывистой
- ежедневной
- пульс-терапии

В случае отсутствия положительной динамики при приёме системного антимикотического препарата необходимо

- интермиттирующей
- прерывистой
- ежедневной
- пульс-терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 54 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На изменение формы и цвета 1 ногтевой пластины правой стопы.

Анамнез заболевания

Впервые год назад после травмы изменился цвет 1 ногтя правой стопы, затем изменилась его форма. Зимой после перелома правой голени пациент заметил ухудшение состояния ногтевой пластины. Обследование не проводилось.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * У родственников грибковых заболеваний не выявлено.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Хирургические вмешательства грыжесечение.

Объективный статус

- * Поражение 1 ногтя правой стопы хронического воспалительного характера.
- * Утолщение 1 ногтевой пластины правой стопы за счёт подногтевого гиперкератоза, тотальная форма, чёрного цвета, крошится, края зазубрены.
- * Эпонихион присутствует.
- * Кожа подошв и межпальцевых складок стоп не изменена.
- * Ногтевые пластины кистей и левой стопы не изменены.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- интермиттирующей
- прерывистой
- ежедневной
- пульс-терапии

Результаты обследования

Основным анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, является

- начало заболевания год назад
- травма 1 пальца правой стопы
- изменение цвета, потом формы
- ухудшение зимой

Наиболее информативным клиническим признаком для постановки диагноза является

- тотальная форма поражения
- чёрный цвет
- неизменная кожа стоп
- присутствие эпонихиона

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- тотальная форма поражения
- чёрный цвет
- неизменная кожа стоп
- присутствие эпонихиона

Диагноз

В качестве первого препарата системной противогрибковой терапии больному можно назначить

- гризеофульвин
- тербинафин
- амфотерицин В
- вориконазол

Рекомендуемая доза тербинафина составляет + _____ + мг в сутки

- 250
- 500
- 65
- 125

Перед назначением системной антимикотической терапии у взрослых необходимо провести

- биохимическое исследование крови
- общий анализ мочи
- клинический анализ крови
- коагулограмму

Рекомендуемая доза итраконазола составляет + _____ + мг в сутки

- 300
- 200
- 400
- 100

Наружная противогрибковая терапия проводится

- до отрастания здорового ногтя
- 30 дней
- 60 дней
- до отрицательного анализа на грибы

Итраконазол назначают по схеме

- интермиттирующей
- пульс-терапии
- прерывистой
- ежедневной

Тербинафин назначают по схеме

- интермиттирующей
- прерывистой
- пульс-терапии
- ежедневной

В случае отсутствия положительной динамики при приёме системного антимикотического препарата необходимо

- интермиттирующей

- прерывистой
- пульс-терапии
- ежедневной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина в возрасте 45 лет обратилась на приём к дерматовенерологу.

Жалобы

На изменение ногтевых пластин стоп.

Анамнез заболевания

Изменение ногтевых пластин стоп отмечает около года. Вначале изменилась ногтевая пластина 4 пальца левой стопы, затем ногтевые пластины 2 и 3 пальцев левой стопы и 2-5 пальцев правой стопы. Самостоятельно применяла настойку йода 5% и народные способы лечения- без эффекта. Начало заболевания ни с чем не связывает. Посещает бассейн.

Анамнез жизни

Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

В анамнезе хронический гастрит, по поводу которого соблюдает диету, хронический бронхит, стойкая ремиссия.

Аллергические заболевания отсутствуют.

Беременности - 2, роды – 2 в срок. Миома матки, наблюдается у гинеколога.

Наследственность не отягощена.

Объективный статус

Ногтевые пластины 4 пальца левой стопы и 2 -5 пальцев правой стопы поражены полностью, ногтевые пластины 2-3 пальцев левой стопы поражены на 1/2-2/3 с дистального края. Пораженные ногтевые пластины желтые, мутные, без блеска, утолщены, имеется подногтевой гиперкератоз. Дистальные края пораженных ногтевых пластин неровные, крошатся.

Для подтверждения диагноза требуется проведение

- интермиттирующей
- прерывистой
- пульс-терапии
- ежедневной

Результаты обследования

На основании результатов клинического и лабораторного обследования вероятным диагнозом является

- интермиттирующей
- прерывистой
- пульс-терапии
- ежедневной

Диагноз

На первом этапе лечения по поводу ониомикоза пациентке может быть рекомендовано применение + _____ + средств

- кератолитических
- антисептических
- кератопластических
- антибактериальных

После удаления пораженных участков ногтей пациентке может быть рекомендовано применение на очищенное ногтевое ложе препарата

- ацикловира мазь
- бетаметазона крем
- циклопирокса крем
- бензилбензоат мазь

В качестве препарата для системной терапии данной пациентке может быть рекомендовано применение

- итраконазола
- офлоксацина
- джозамицина
- амоксициллина

Разовая доза итраконазола при применении по поводу ониомикоза составляет + ____ + мг 2 раза в сутки в течение 7 дней

- 200
- 400
- 100
- 500

Проведение повторных курсов лечения итраконазолом при ониомикозе рекомендовано через + ____ + недели

- 1
- 2
- 3
- 4

Лечение онихомикоза стоп итраконазолом составляет +___+ месяцев (-ца)

- 4
- 2
- 5
- 3

Перед назначением системных антимикотических препаратов рекомендовано проведение

- определения уровня тиреотропного гормона в сыворотке крови
- общего анализа мочи
- теста на толерантность к глюкозе
- биохимического анализа крови

Особой ситуацией при пероральном применении итраконазола является

- детский возраст
- гастроэзофагиальный рефлюкс
- сахарный диабет
- тяжелая анемия

Для оптимальной абсорбции рекомендовано применение капсул итраконазола

- через 3 часа до приема пищи
- непосредственно перед приемом пищи
- за 2 часа до приема пищи
- сразу после приема пищи

Наиболее часто встречаемой формой кандидозного онихомикоза является

- через 3 часа до приема пищи
- непосредственно перед приемом пищи
- за 2 часа до приема пищи
- сразу после приема пищи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 42 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

- * на высыпания на коже межпальцевых складок стоп и подошв;
- * умеренный зуд

Анамнез заболевания

- * Впервые 3 месяца назад после посещения бассейна появились высыпания на коже межпальцевых складок стоп, подошв, беспокоит умеренный зуд.
- * Летом пациент отмечает ухудшение состояния кожи стоп. Обследование не проводилось.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * У родственников имеется грибковое заболевание.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Хирургические вмешательства – грыжесечение 5 лет назад.

Объективный статус

- * Патологический процесс локализуется на коже межпальцевых складок стоп, подошв, в области боковых поверхностей стоп.
- * Проявляется кольцевидным и муковидным шелушением, слабовыраженной гиперемией и ограниченными очагами гиперкератоза. В области боковых поверхностей подошв наблюдаются явления десквамации эпидермиса. Измененная стопа имеет вид «подследника»
- * Ногтевые пластины стоп и кистей не изменены.
- * Субъективно отмечается умеренный зуд.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- через 3 часа до приема пищи
- непосредственно перед приемом пищи
- за 2 часа до приема пищи
- сразу после приема пищи

Результаты обследования

Анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, является

- ухудшение летом
- посещение бассейна

- начало болезни 3 месяца назад
- умеренный зуд

Наиболее информативным (-и) клиническим (-и) признаком (-ами) для постановки диагноза является (-ются)

- локализация межпальцевых складок стоп
- кольцевидное и муковидное шелушение, гиперкератоз
- локализация боковых поверхностей стоп
- умеренный зуд стоп

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является + _____ + стоп

- локализация межпальцевых складок стоп
- кольцевидное и муковидное шелушение, гиперкератоз
- локализация боковых поверхностей стоп
- умеренный зуд стоп

Диагноз

У больного + _____ + форма микоза стоп

- сквамозно-гиперкератотическая
- инетртригинозная
- дисгидротическая
- нормотрофическая

В качестве первого препарата наружной противогрибковой терапии больному можно назначить

- изоконазол
- циклопироксоламин
- фукорцин
- аморолфин

Для наружной антимикотической терапии взрослых рекомендуется крем тербинафин наносить

- 2 раза в неделю
- 1 раз в 3 дня
- 2 раза в сутки
- 1 раз в день

Перед назначением наружной антимикотической терапии у взрослых необходимо провести

- клинический анализ крови
- отслойку рогового слоя эпидермиса
- биохимический анализ крови
- общий анализ мочи

Рекомендуемым препаратом для отслойки рогового слоя эпидермиса является

- фукорцин
- клотримазол
- ихтиол
- бифоназол

Для вторичной профилактики микоза стоп в качестве дезинфицирующего средства используют

- ундециленамидопропилтримониум метосульфат
- циклопироксоламин
- 0,05% р-р хлоргексидина биглюконата
- ундециленовую кислоту + ундециленат цинка

С целью первичной профилактики микоза стоп проводят лечение

- гипергидроза
- варикозного расширения вен
- себорейного дерматита
- экземы стоп

С целью вторичной профилактики микоза стоп проводят

- гипергидроза
- варикозного расширения вен
- себорейного дерматита
- экземы стоп

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 20 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже верхних конечностей и туловища.

Анамнез заболевания

Летом 2 недели назад после контакта с уличной кошкой появились высыпания на коже верхних конечностей, затем патологический процесс распространился на кожу туловища. Обследование не проводилось.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает.
- * У родственников грибковых заболеваний не выявлено.
- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Хирургических вмешательств не было.

Объективный статус

- * На коже туловища и верхних конечностей имеются множественные очаги округлой формы, с чёткими границами, с возвышающимся валиком по периферии, покрытые сероватыми чешуйками.
- * Субъективно зуд не беспокоит.
- * Ногтевые пластины кистей и стоп не изменены.

Основным методом обследования, необходимым для подтверждения диагноза, является

- гипергидроза
- варикозного расширения вен
- себорейного дерматита
- экземы стоп

Результаты обследования

Анамнестическим данным, позволяющим предположить диагноз, является

- начало заболевания в летнее время
- контакт с уличной кошкой
- появление высыпаний на коже верхних конечностей
- распространение на кожу туловища

Для постановки диагноза применяется + _____ + исследование

- бактериологическое
- гистологическое
- люминесцентное
- иммуногистохимическое

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- бактериологическое
- гистологическое
- люминесцентное
- иммуногистохимическое

Диагноз

**При распространенной форме микроспории гладкой кожи назначают:
системный антимикотический препарат**

- вориконазол
- тербинафин
- кетоконазол
- амфотерицин В

Рекомендуемая доза тербинафина составляет +_____+ мг в сутки

- 62,5
- 250
- 125
- 500

**Перед назначением системной антимикотической терапии у взрослых
необходимо провести**

- гастроскопическое исследование
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- ультразвуковое исследование щитовидной железы
- биохимическое исследование крови

**При назначении итраконазола рекомендуемая доза составляет +_____+ мг в
сутки**

- 200
- 300
- 100
- 400

**Наружная противогрибковая терапия проводится до +___+ отрицательных
результатов на грибы**

- 3
- 5

- 2
- 7

Препаратом выбора для лечения микроспории является

- кетоконазол
- гризеофульвин
- тербинафин
- итраконазол

Рекомендуемая доза гризеофульвина составляет + _____ + мг на кг массы в сутки

- 10
- 12,5
- 20
- 18

Показанием к госпитализации является (-ются)

- 10
- 12,5
- 20
- 18

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина в возрасте 63 лет обратился на прием к дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания в области грудной клетки слева, сопровождающиеся выраженной болью и жжением.

Анамнез заболевания

Со слов больного, отмечает начало заболевания около 3 дней назад. До начала заболевания отметил общее недомогание (головные боли, заложенность в носу). Самостоятельно использовал препарат «Витамин С» без эффекта. На следующий день отметил высыпания, сопровождающиеся жжением на боковой поверхности грудной клетки.

Анамнез жизни

Курит примерно по полпачки в день около 10 лет. +
Злоупотребление алкоголем отрицает. +

Заболеваний кожи ранее не было. +

В анамнезе: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ремиссия; хронический бронхит курильщика; гепатит А в 20 лет, ветряная оспа, корь и эпидемический паротит в детстве.

Объективный статус

На коже туловища слева по ходу межреберного нерва имеется эритема красного цвета размером до 10-12 см, с неправильными очертаниями, нечеткими границами. На фоне эритемы располагаются сгруппированные пузырьки около 1мм в диаметре, с округлыми очертаниями, плотной покрывкой, мутным содержимым, склонные к слиянию.

На основании анамнеза и клинической картины заболевания наиболее вероятным диагнозом является

- 10
- 12,5
- 20
- 18

Диагноз

Основным симптомом опоясывающего лишая является

- тонзиллит
- конъюнктивит
- невралгия
- пузырьковые высыпания

В качестве рекомендованного лекарственного препарата для системной терапии пациенту можно назначить

- амоксициллин
- лопинавир
- ритонавир
- ацикловир

С учетом жалоб на боль пациенту может быть рекомендовано применение + _____ + препаратов

- нестероидных противовоспалительных
- ноотропных
- группы β -адреноблокаторов
- антигистаминных

В качестве альтернативного противовирусного препарата для системной терапии по поводу опоясывающего лишая может быть рекомендован

- валацикловир
- ритонавир
- лопинавир
- абакавир

Разовая доза ацикловира при применении по поводу опоясывающего лишая составляет +___+ мг 5 раз в сутки

- 400
- 800
- 200
- 500

При опоясывающем лишае продолжительность применения ацикловира по 800 мг 5 раз в сутки составляет +___+ дней

- 10
- 7
- 12
- 5

Разовая доза валацикловира при применении по поводу опоясывающего лишая составляет +____+ мг 3 раза в сутки

- 500
- 1000
- 800
- 1500

Назначение противовирусных препаратов наиболее эффективно в первые +_____+ развития клинических проявлений заболевания

- 24 часа
- 7 дней
- 5 дней
- 72 часа

При необходимости верификации диагноза опоясывающего лишая для идентификации вируса *_Varicellazoster_* рекомендовано проведение

- иммуноблотинга

- реакции пассивной гемагглютинации
- полимеразно-цепной реакции
- микроскопического исследования в темном поле

К атипичным формам опоясывающего лишая относят

- вегетирующую
- лейкодермическую
- буллезную
- нодулярную

Высокий риск развития опоясывающего герпеса имеется при

- вегетирующую
- лейкодермическую
- буллезную
- нодулярную

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 28 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на слизистой оболочке полости рта, коже лица, сопровождающиеся болезненностью.

Анамнез заболевания

2 месяца назад отметила появление единичных болезненных высыпаний на слизистой оболочке полости рта в области твердого неба, а также синюшно-бурых высыпаний на коже лица, самостоятельно использовала мазь гидрокортизон, без эффекта.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: хронический цистит [N30], хронический пиелонефрит [N11.1].

* Аллергологический анамнез: непереносимости пищевых продуктов и лекарственных препаратов не отмечает.

* Вредные привычки: наркотическая зависимость с 17 лет, курит с 15 лет.

* Хирургические вмешательства: отрицает.

* Условия быта: неудовлетворительные, проживает в съемной квартире с сожителем.

Объективный статус

- Поражение кожи носит хронический воспалительный характер.
- Высыпания локализуются на слизистой оболочке полости рта в области твердого неба, на коже лица в виде пятен синюшно-бурого цвета.

Для подтверждения диагноза в данной клинической ситуации следует

- вегетирующую
- лейкодермическую
- буллезную
- нодулярную

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- вегетирующую
- лейкодермическую
- буллезную
- нодулярную

Диагноз

Причиной развития саркомы Капоши является

- вирус герпеса человека 8 типа
- вирус папилломы человека 6 типа
- генитальная микоплазма
- вирус иммунодефицита человека

Для диагностики вируса герпеса человека 8 типа используют

- ПЦР
- РАГА
- РНГА
- РПГА

К необходимому дополнительному методу исследования в данной клинической ситуации относят

- культуральное исследование для идентификации *M. hominis*
- ПЦР для идентификации вируса *Varicella zoster*
- иммуноферментный анализ на *HBsAg*
- серологическое исследование на ВИЧ

Данный клинический случай относится к + _____ + типу саркомы Капоши

- иммуносупрессивному
- африканскому
- эпидемическому
- классическому

Во время диагностики заболевания в качестве предрасполагающего фактора у данной пациентки следует учитывать

- наркотическую зависимость
- хронический пиелонефрит
- хронический цистит
- вредные привычки

При гистологическом исследовании биоптатов кожи у больных саркомой Капоши обнаруживаются + _____ + клетки

- акантолитические
- веретеновидные
- церебриформные
- Беца

В качестве лечения данной пациентке необходимо назначить + _____ + терапию

- глюкокортикостероидную
- антиретровирусную
- иммуносупрессивную
- антигерпетическую

В случае отсутствия эффекта антиретровирусной терапии показано назначение

- глюкокортикостероидов
- хинолиновых препаратов
- цитостатической терапии
- химиотерапии

В качестве наружной терапии саркомы Капоши кожи используются топические

- средства с салициловой кислотой
- ингибиторы кальциневрина
- глюкокортикостероидные препараты
- средства с 9-цис-ретиноевой кислотой

Саркома Капоши кожи чаще регистрируется у

- средства с салициловой кислотой
- ингибиторы кальциневрина
- глюкокортикостероидные препараты
- средства с 9-цис-ретиноевой кислотой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания коже туловища, не сопровождающиеся субъективными ощущениями

Анамнез заболевания

5 месяцев назад отметила появление единичных высыпаний в виде пятен на коже туловища, к врачам не обращалась, самостоятельно не лечилась. В течение последних 3 недель отметила появление на коже туловища плотных узелков розового цвета.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания: хронический гастрит [K29.3], хронический аутоиммунный тиреоидит [E06.3].
- * Аллергологический анамнез: отек Квинке на пенициллин.
- * Хирургические вмешательства: трансплантация правой почки (2017 г), в связи с чем получала иммуносупрессивную терапию.
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Условия быта: удовлетворительные.

Объективный статус

- Поражение кожи носит хронический воспалительный характер.
- На коже туловища локализуются единичные узелки розового цвета с синюшным оттенком, возвышающиеся над поверхностью кожи, безболезненные при пальпации.

Для подтверждения диагноза в данной клинической ситуации следует

- средства с салициловой кислотой
- ингибиторы кальциневрина
- глюкокортикостероидные препараты
- средства с 9-цис-ретиноевой кислотой

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- средства с салициловой кислотой
- ингибиторы кальциневрина
- глюкокортикостероидные препараты
- средства с 9-цис-ретиноевой кислотой

Диагноз

Причиной развития саркомы Капоши является вирус

- герпеса человека 3 типа
- герпеса человека 8 типа
- папилломы человека 6 типа
- иммунодефицита человека

Для диагностики вируса герпеса человека 8 типа используют

- РПГА
- РНГА
- ПЦР
- РАГА

К необходимому дополнительному методу исследования пациентки относится

- иммуноблотинг на сифилис
- серологическое исследование на ВИЧ
- ПЦР для идентификации вируса Varicellazoster
- иммунологическое исследование на HBsAg

Данный клинический случай относится к + _____ + типу саркомы Капоши

- эпидемическому
- классическому
- иммуносупрессивному
- эндемическому

Во время диагностики заболевания в качестве предрасполагающего фактора у данной пациентки следует учитывать

- возраст

- хронический аутоиммунный тиреоидит
- иммуносупрессивную терапию
- хронический гастрит

При гистологическом исследовании биоптатов кожи у больных саркомой Капоши обнаруживаются

- акантолитические клетки
- веретеновидные клетки
- церебриформные гистиоциты
- клетки Беца

В качестве консервативной терапии пациентке рекомендовано

- изменение схемы приема иммуносупрессивных препаратов
- назначить антигерпетическую терапию
- назначить глюкокортикостероидную терапию
- назначить ПУВА-терапию

В данной клинической ситуации показано назначение

- микофенолата мофетила
- доксициклина гидрохлорида
- цинка сульфата
- липосомального доксорубина

Липосомальный доксорубин при иммуносупрессивном типе саркомы Капоши применяется в дозе + _____ + мг/м²

- 20-40
- 60-70
- 80-120
- 10-15

Саркома Капоши кожи чаще регистрируется у

- 20-40
- 60-70
- 80-120
- 10-15

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет обратился к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже нижних конечностей, не сопровождающиеся субъективными ощущениями.

Анамнез заболевания

8 лет назад впервые отметил появление симметричных синюшно-красных высыпаний на коже голени, которые впоследствии медленно трансформировались в узлы, а также нарастал отек нижних конечностей.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания: ХОБЛ[J44.9], хронический панкреатит[K86.1], atopический дерматит [L20].
- * Аллергологический анамнез: непереносимости пищевых продуктов и лекарственных препаратов не отмечает.
- * Наследственность: у отца - бронхиальная астма.
- * Хирургические вмешательства: отрицает.
- * Вредные привычки: курит с 17 лет по 6 сигарет в день.
- * Множественные незащищенные половые контакты.
- * Условия быта: удовлетворительные.

Объективный статус

- Поражение кожи носит хронический воспалительный характер.
- Высыпания располагаются симметрично на коже голени, представлены единичными узлами красно-коричневого цвета, округлой формы с четкими краями, возвышающиеся над поверхностью кожи. При пальпации элементы безболезненные, плотной консистенции.
- Отмечается лимфатический отек нижних конечностей с обеих сторон.

Для подтверждения диагноза в данной клинической ситуации следует

- 20-40
- 60-70
- 80-120
- 10-15

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- 20-40

- 60-70
- 80-120
- 10-15

Диагноз

Причиной развития саркомы Капоши является

- вирус иммунодефицита человека
- палочка Афанасьева-Пфейффера
- вирус герпеса человека 8 типа
- вирус папилломы человека 6 типа

Для диагностики вируса герпеса человека 8 типа используют

- РПГА
- РНГА
- ПЦР
- РАГА

К необходимому дополнительному методу обследования относится

- ПЦР для идентификации вируса *_Varicella__zoster_*
- иммуноферментный анализ на *_HBsAg_*
- серологическое исследование на ВИЧ
- культуральное исследование для идентификации *_M.___hominis_*

Данный клинический случай относится к + _____ + типу саркомы Капоши кожи

- эпидемическому
- классическому
- иммуносупрессивному
- эндемическому

Во время диагностики заболевания в качестве предрасполагающего фактора у данного пациента следует учитывать

- хронический панкреатит
- атопический дерматит
- вредные привычки
- незащищенные половые контакты

При гистологическом исследовании биоптатов кожи для больных саркомой Капоши характерны + _____ + клетки

- акантолитические
- церебриформные
- Беца
- веретенovidные

В качестве лечения данному пациенту необходимо назначить

- хирургическое иссечение элементов
- экстракорпоральные методы
- ультрафиолетовую терапию
- цитотоксическую терапию

В качестве консервативной терапии саркомы Капоши кожи показано назначение

- крема Бетаметазона
- топических ингибиторов кальциневрина
- мази мометазона фураат
- топических средств с 9-цис-ретиноевой кислотой

Альтернативой хирургическому лечению при саркоме Капоши является

- лазеротерапия
- фонофорез
- криодеструкция
- химиотерапия

Саркома Капоши кожи чаще регистрируется у

- лазеротерапия
- фонофорез
- криодеструкция
- химиотерапия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 37 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже сгибательных поверхностей верхних конечностей, в межлопаточной области, сопровождающиеся выраженным зудом.

Анамнез заболевания

- * Со слов матери, больна с 6 месяцев, когда впервые появились высыпания на коже лица, в области локтевых сгибов и подколенных ямок, ягодиц.
 - * В последующем появились очаги на коже сгибательных поверхностей верхних конечностей и туловища.
 - * Кожный патологический процесс носит волнообразный характер, протекает с периодами ремиссий и рецидивов.
 - * Последнее ухудшение отмечает в течение 3-4 недели на фоне аллергического ринита (на пыльцу березы).
- Высыпания сопровождаются интенсивным зудом, сухостью и чувством стянутости кожи.

Анамнез жизни

- * В детстве перенесла ветряную оспу.
 - * С 8 лет страдает поллинозом.
 - * В 18 лет установлен диагноз – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гастродуоденит.
 - * Ежегодно, во время отпуска, отмечает улучшение со стороны кожного процесса в виде частичного или полного регресса высыпаний.
 - * Проживает в 2-комнатной квартире с мужем, тремя детьми и свекровью.
 - * Не работает.
 - * Наличие вредных привычек отрицает.
 - * Частые пиодермии
 - * Семейный анамнез: у матери бронхиальная астма.
- Перенесённые операции – флебэктомия малой подкожной вены в возрасте 35 лет.

Объективный статус

- * Поражение кожи хронического воспалительного характера.
- * Высыпания располагаются на коже сгибательных поверхностей верхних конечностей, в межлопаточной области и представлены эритемой, папулами шелушением, эксфолиациями, серозно-геморрагическими корками, трещинами, инфильтрациями.
- * В области высыпаний отмечается лихенификация.
- * Слизистые оболочки, волосы, ногти не поражены.
- * Субъективно беспокоит выраженный зуд.

С целью получения большей информации для дифференциального диагноза необходимо оценить результат

- лазеротерапия
- фонофорез
- криодеструкция

- химиотерапия

Результаты обследования

На основании анамнеза и клинической картины можно выставить диагноз

- лазеротерапия
- фонофорез
- криодеструкция
- химиотерапия

Диагноз

При сборе анамнеза у данного пациента следует обратить внимание на

- семейный анамнез
- частые пиодермии
- варикозную болезнь нижних конечностей
- наличие зуда

Для клинических проявлений атопического дерматита характерно

- поражение крупных суставов
- наличие дисплазии соединительной ткани различной степени тяжести
- наличие зуда
- расположение высыпаний чаще на разгибательных поверхностях конечностей

Лекарственными средствами, составляющими базисную терапию при любой степени тяжести атопического дерматита, являются

- противовирусные препараты
- топические антимикотики
- ретиноиды
- увлажняющие средства

Препаратом выбора в качестве топической терапии для купирования процесса показано назначение

- хлорамфеникола
- клотримазола
- бетаметазона
- адапалена

Альтернативой использования топических глюкокортикостероидов является

- циклоспорин
- тербинафин
- такролимус
- валацикловир

Препарат пимекролимус относится к фармакологической группе препаратов

- ингибиторы кальциневрина
- глюкокортикостероиды
- антибиотики
- нестероидные противовоспалительные

Частым побочным эффектом, возникающим при длительной наружной глюкокортикостероидной терапии, является

- меланодермия
- гипертрофия кожи
- алопеция
- розацеа

Эффективным методом физиотерапии, используемым в лечении atopического дерматита, является

- дарсонвализация
- фонофорез
- фототерапии
- надвенное лазерное облучение

Объективным методом оценки тяжести atopического дерматита является расчет по

- шкале SCORE
- шкале APACHE
- индексу BDCAF
- индексу SCORAD

Наиболее активным топическим глюкокортикостероидным средством является

- шкале SCORE
- шкале APACHE
- индексу BDCAF
- индексу SCORAD

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 27-и лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания в области средней трети лица (щёки, скулы и крылья носа), сопровождающиеся умеренным зудом.

Общая слабость, недомогание болезненность в мышцах.

Анамнез заболевания

Первые высыпания на коже лица появились 2-3 месяца назад, после отпуска на море. Отмечает, что площадь, занимаемая высыпаниями, постепенно увеличивается

Анамнез жизни

- * В детстве болела простудными заболеваниями;
- * проживает в 3-комнатной квартире с двумя детьми и мужем, имеется собака;
- * работает в офисе;
- * в течение последних 5 месяцев отмечает постоянную усталость, связывает с большой нагрузкой на работе и заботами по дому;
- * 2-й месяц диагностирована железодефицитная анемия I степени, по поводу которой принимает препараты железа перорально;
- * аллергических реакций не было.

Длительное время принимает витамин D.

Объективный статус

- * Высыпания хронического воспалительного характера.
- * Локализуются на коже щек, скул, крыльев носа в виде гиперемизированных, инфильтрированных пятен с гиперкератотическими чешуйками на поверхности.
- * В центральной зоне определяется атрофия.
- * При попытке отделения чешуек отмечается болезненность, на обратной стороне обнаруживается роговой шипик.
- * Слизистые оболочки, волосы, ногти не поражены.
- * Субъективно – ощущений нет.

Для постановки диагноза в план обследования необходимо включить

- шкале SCORE
- шкале APACHE
- индексу BDCAF
- индексу SCORAD

Результаты обследования

При попытке взятия соскоба в очаге способом скарификации определяется симптом

- шкале SCORE
- шкале APACHE
- индексу BDCAF
- индексу SCORAD

Результаты обследования

На основании данных клинической картины и анамнеза вероятным диагнозом является

- шкале SCORE
- шкале APACHE
- индексу BDCAF
- индексу SCORAD

Диагноз

В данной ситуации фактором, провоцирующим заболевание, является

- инсоляция
- железодефицитная анемия
- прием биологически активных добавок
- контакт с домашним животным

В качестве наружной терапии рекомендуется использовать крем

- пимекролимус
- бацитрацин цинка
- флуоцинолона ацетонид
- диклофенак

Препаратом выбора в первой линии системной терапии может быть препарат

- гидроксихлорохин
- тербинафин
- нимесулид
- тетрациклин

При использовании препарата хлорохин дозировка рассчитывается из + _____ + мг/кг/сут

- 7-8
- 3-4
- 2-3
- 5-6

При положительным ответе на терапию противомаларийным препаратом длительность приема продлевается до

- 5 лет
- 1 года
- 2-3 лет
- 3-6 месяцев

Для уменьшения риска осложнений при назначении системных хинолиновых препаратов пациент должен наблюдаться у

- кардиолога
- офтальмолога
- невролога
- нефролога

При отсутствии эффекта от терапии хинолинами препаратом выбора второй линии является

- микофенолата мофетил
- преднизолон
- ацитретин
- кларитромицин

С целью профилактики появления новых высыпаний пациентке следует рекомендовать исключение

- инсоляции
- стрессовых ситуаций
- контакта с аллергенами
- приема биологически активных добавок

Исключая системность процесса, необходимо рекомендовать консультацию

- инсоляции
- стрессовых ситуаций

- контакта с аллергенами
- приема биологически активных добавок

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 58 лет обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На распространенные зудящие высыпания, локализующиеся преимущественно на коже нижних конечностей; общую слабость, недомогание.

Однократное повышение температуры тела до 37,4°C.

Анамнез заболевания

Больна около 1 месяца, когда впервые отметила появление высыпаний на коже обеих голеней. Начало заболевания связывает с переохлаждением.

Площадь высыпаний постепенно увеличивалась, нарастала интенсивность зуда.

Анамнез жизни

- * С детства отмечала аллергическую реакцию на цитрусовые.
- * Проживает в частном доме, условия удовлетворительные.
- * Последние 2 года отмечает постоянные стрессы, связанные с профессиональной деятельностью.
- * Отмечает похожие проблемы с кожей у мамы (диагноз указать не может).

Объективный статус

- * Патологический процесс носит распространенный характер.
- * Сыпь обильная, локализована на коже переднебоковых поверхностей обеих голеней и представлена эритематозно-сквамозными очагами с нечеткими границами. На поверхности высыпаний отмечаются единичные везикулы, эрозии с мокнутием.
- * По периферии участки лихенификаций и множественные эскориациями, покрытыми геморрагическими корочками.
- * Слизистые оболочки, волосы, ногти не поражены.
- * Субъективно – выраженный зуд.

С целью уточнения диагноза необходимо провести

- инсоляции
- стрессовых ситуаций
- контакта с аллергенами
- приема биологически активных добавок

Результаты обследования

Учитывая анамнез и клиническую картину, наиболее вероятным диагнозом является

- инсоляции
- стрессовых ситуаций
- контакта с аллергенами
- приема биологически активных добавок

Диагноз

Важным параметром анамнеза, влияющим на обоснование диагноза заболевания, является

- стрессы
- инсоляции
- аллергия пищевая
- семейный анамнез

С целью купирования зуда показано назначение препарата

- инфликсимаб
- циклоспорин
- хлоропирамин
- метотрексат

Для перорального применения рекомендуемая доза хлоропирамина составляет + _____ + мг 3-4 раза в сутки

- 50
- 20
- 25
- 10

В качестве наружной терапии, для уменьшения мокнутия, рекомендуется использовать

- цинка оксид
- тербинафин
- адапален
- кальципотриол

В случае низкой эффективности наружной терапии рекомендуется назначить

- ондансетрон
- пирацетам
- преднизолон
- дротаверин

Рекомендуемая доза преднизолона, при системной терапии препарата, составляет + _____ + мг в сутки

- 50-75
- 5-10
- 100-250
- 25-30

При наличии выраженной экссудации с целью дезинтоксикации рекомендуется назначить раствор

- кальция глюконат
- цефтриаксона
- инфликсимаба
- сульфата магния

В случае присоединения вторичной инфекции следует назначить

- индукторы интерферона
- антимикотические средства
- моноклональные антитела
- антибактериальные препараты

С целью профилактики обострений экземы необходимо

- физическая нагрузка
- исключение контактов с возможными аллергенами
- ограничение водных процедур
- использование одежды светлых оттенков

Течения экземы усугубляется при наличие патологии

- физическая нагрузка
- исключение контактов с возможными аллергенами
- ограничение водных процедур
- использование одежды светлых оттенков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 28 лет обратилась на прием к врачу-дерматовенерологу.

Жалобы

На высыпания на коже груди, нижних конечностей, сопровождающихся зудом.

Анамнез заболевания

На коже груди и голени обнаружила высыпания и обратилась к врачу-дерматовенерологу.

Анамнез жизни

- * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
- * Анамнез жизни - миопия.
- * Не замужем.
- * Гинекологический анамнез.
- * Проживает одна, в квартире котенок, подобранный на улице.
- * У родителей заболеваний кожи не было.

Объективный статус

Сыпь обильная, распространенная. Локализуются на коже груди и левой голени. Высыпания представлены инфильтрированными пятнами, возвышающимися над поверхностью, по периферии валик, на поверхности единичные серозные корочки и мелкопластинчатое шелушение. Рост волос в очагах сохранен.

Устанавливая диагноз, необходимо провести

- физическая нагрузка
- исключение контактов с возможными аллергенами
- ограничение водных процедур
- использование одежды светлых оттенков

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной ситуации является

- физическая нагрузка
- исключение контактов с возможными аллергенами
- ограничение водных процедур
- использование одежды светлых оттенков

Диагноз

Для постановки диагноза положительный результат микроскопического исследования на грибы должно быть не менее + ___ + раз

- 1
- 3
- 2
- 4

Чаще всего заражение от животных вызывает возбудитель *Microsporum* вида

- verrucosum
- albigans
- canis
- schonleinii

Традиционным препаратом выбора для терапии является

- нистатин
- флуконазол
- флюкостат
- гризеофульвин

Дозировка гризеофульвина для взрослых составляет + _____ + мг/кг

- 12,5
- 5
- 8
- 2

Альтернативным препаратом для терапии можно выбрать

- миконазол
- микафунгин
- натамицин
- тербинафин

Суточная дозировка Тербинафина для взрослого, весом >40 кг, составляет + _____ + мг

- 500
- 125
- 250
- 100

В качестве топической терапии для купирования процесса можно назначить + _____ + крем

- бетаметазон

- солкосерил
- метилпреднизолон
- кетоконазол

Критерием излеченности является + _____ + -кратный отрицательный результат

- одно
- двух
- трех
- четырех

Типичными переносчиками заболевания являются

- коровы
- хорьки
- попугаи
- котята

Симптом Керион-Цельса является проявлением + _____ + формы

- розацеа-подобной
- инфильтративно-нагноительной
- себорейной
- экссудативной