

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Лазаренко Виктор Анатольевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 2025.12.11  
Уникальный программный ключ:  
45c319b8a032ab3637134215abd1c475334767f4

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)**

**УТВЕРЖДЕНО**

на заседании кафедры дерматовенеро-  
логии  
протокол № 5 от «24» 11 2025 г.  
заведующий кафедрой \_\_\_\_\_  
профессор Л.В.Силина

**УТВЕРЖДЕНО**

на заседании ученого совета  
Института непрерывного образования  
протокол № 3 от «16» декабря 2025 г.  
председатель ученого совета  
Института непрерывного образования  
\_\_\_\_\_ Л.Л. Квачахия



**ПРОГРАММА  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ  
ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ  
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ  
31.08.32 Дерматовенерология**

**Разработчики рабочей программы:**  
Профессор кафедры Силина.Л.В. доцент Шварц.Н.Е.

Программа государственной итоговой аттестации ординаторов по специальности обсуждена на методическом совете факультета последипломного образования 31.08.32 Дерматовенерология протокол №5 от 24.11.2025 г.

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.32 Дерматовенерология

**1.1. Целью государственной итоговой аттестации (ГИА)** является установление соответствия уровня подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, требованиям соответствующего федерального государственного образовательного стандарта и разработанной на основе стандарта образовательной программы с оценкой степени указанного соответствия.

Выпускник, освоивший программу ординатуры по специальности 31.08.32 Дерматовенерология, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- ✓ готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями**:

профилактическая деятельность:

- ✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- ✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- ✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- ✓ готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- ✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- ✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- ✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- ✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- ✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

## **2. Содержание и порядок проведения государственной итоговой аттестации**

Государственная итоговая аттестация обучающихся согласно Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственный экзамен представляет собой государственное аттестационное испытание по профессионально-ориентированным междисциплинарным проблемам, устанавливающее соответствие подготовленности выпускников требованиям ФГОС ВО и профессиональным стандартам.

Государственный экзамен носит комплексный характер, проводится с целью проверки уровня и качества общепрофессиональной и специальной подготовки ординаторов и наряду с требованиями к содержанию отдельных дисциплин учитывает также общие требования к выпускнику, предусмотренные ФГОС ВО по данной специальности.

Государственный экзамен позволяет выявить и оценить подготовку выпускника для решения профессиональных задач, готовность к основным видам профессиональной деятельности.

## **3. Программа государственного экзамена**

3.1. Государственный экзамен проводится в очной форме и состоит из двух этапов.

Критерии оценки этапов определяется программой ГИА

Государственный экзамен включает следующие этапы:

I этап – тестирование. Проводится по тестам, подготовленным соответствующими кафедрами КГМУ, охватывающим все разделы учебного плана специальности и позволяющим определить уровень усвоения содержания базовых дисциплин специальности и сформированность теоретических основ универсальных и профессиональных компетенций.

II этап – итоговое устное собеседование. Проводится оценка уровня профессиональной подготовки выпускника, его компетентности на основе ответа на вопросы билета и решения профессионально ориентированных ситуационных задач обобщенного характера.

Утвержденные программы размещаются на официальном сайте Университета

3.2 На первом этапе государственного экзамена проводится компьютерное тестирование: из общей базы, состоящей не менее чем из 500 (пятисот) апробированных прошедших экспертизу тестов, в случайном порядке формируется вариант, состоящий из 60 (шестидесяти) заданий. На собеседовании ординатор получает экзаменационный билет, примерную форму которого разрабатывает деканат факультета последипломного образования, содержащий 3 вопроса и ситуационную профессионально ориентированную задачу с 3-5 вопросами, составленную в соответствии с утверждённой программой государственного экзамена. Экзаменационные билеты подписываются заведующим кафедрой и утверждаются проректором по непрерывному образованию и международному сотрудничеству.

3.3. При подготовке к ответу в устной форме ординаторы делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги с печатью факультета последипломного образования. На подготовку к ответу первому ординатору предоставляется не менее 45 минут, остальные отвечают в порядке очередности. В процессе ответа и после его завершения члены ГЭК с разрешения ее председателя могут задать ординатору уточняющие и дополнительные вопросы в пределах программы государственного экзамена. После завершения ответа ординатора на все вопросы и объявления председателем ГЭК окончания опроса экзаменуемого члены ГЭК фиксируют в своих записях оценки за ответы экзаменуемого на каждый вопрос и предварительную результирующую оценку. Результаты собеседования с ординатором оцениваются в соответствии с утвержденными критериями.

3.4. По завершении государственного экзамена ГЭК на закрытом заседании обсуждает ответы каждого ординатора и выставляет каждому согласованную итоговую оценку в соответствии с утвержденными критериями оценивания с учётом результатов тестирования, сдачи практических навыков и устного собеседования. В случае расхождения мнения членов ГЭК по итоговой оценке на основе оценок, поставленных каждым членом комиссии в отдельности, решение ГЭК принимается простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии (или заменяющий его заместитель) обладает правом решающего голоса.

3.5 Итоговая оценка за государственный экзамен сообщается ординатору, проставляется в протокол экзамена и зачётную книжку ординатора, где расписываются председатель и члены ГЭК.

#### **Критерии оценки результатов государственного экзамена**

<b>Оценка в баллах</b>	<b>Содержание ответа</b>
5	Ординатор отлично ориентируется в теоретических аспектах проблемы, успешно использует теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, умеет делать выводы, разрабатывать и принимать соответствующие решения, может в полном объеме выполнять все виды профессиональной деятельности
4	Ординатор хорошо ориентируется в теоретических аспектах проблемы, умеет использовать теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, испытывает некоторые затруднения при обобщении результатов и разработке соответствующих решений, может выполнять все виды профессиональной деятельности
3	Ординатор имеет определенные теоретические знания по затронутой проблеме, испытывает затруднения при использовании теоретических знаний для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи и обобщении результатов, не может разработать соответствующее решение, может выполнять

	виды профессиональной деятельности не в полном объеме
2	У ординатора отсутствуют системные теоретические знания по затронутой проблеме, он не может решить профессионально-ориентированную ситуационную задачу, сделать соответствующий вывод и обобщить результаты, не готов к выполнению профессиональных видов деятельности

#### 4. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

##### 4.1. Вопросы для подготовки к государственному экзамену

1. Эпидермис. Слои эпидермиса. Гистогенез. Микро- и ультраструктура. Меланоциты. Клетки Лангерганса, Меркеля.
2. Дерма. Гистогенез. Микро- и ультраструктура. Клеточные элементы. Волокнистая структура. Возрастные и функциональные особенности
3. Строение кожи. Слои эпидермиса. Слои дермы. Функция эпидермальных слоев. Функция дермы. Мышечные структуры кожи.
4. Строение кожи. Артериальная система кожи. Особенности онтогенеза. Венозная система кожи. Артериовенозные анастомозы. Лимфатическая система кожи.
5. Иннервация кожи. Разновидности рецепторов. Морфологическая особенность кожных рецепторов. Функциональная характеристика кожных рецепторов. Болевая чувствительность. Тактильная чувствительность.
6. Дериваты кожи. Строение волоса. Разновидности волос. Строение ногтя. Функция ногтей. Железистый аппарат кожи.
7. Физиология кожи, ее функции. Терморегуляторная. Защитная. Секреторная. Рецепторная. Иммунологическая функции кожи.
8. Морфологические элементы кожных сыпей. Первичные морфологические элементы кожных сыпей. Безполостные элементы. Эволюции безполостных элементов. Полостные элементы. Эволюция полостных элементов.
9. Вторичные морфологические элементы. Лихенификация. Вегетация. Трещины. Разновидности рубцов. Корки, чешуйки.
10. Дерматиты. Определение. Классификация. Этиология и патогенез дерматитов. Артифициальный дерматит. Аллергический контактный дерматит.
11. Дерматиты, вызванные физическими факторами. Особенности течения. Ожоги. Отморожение. Ознобление. Лечение.
12. Токсикодермия. Этиология и патогенез. Классификация. Лечение. Синдром Стивенса-Джонсона. Синдром Лайелла.
13. Экзема. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика.
14. Лечение экземы. Общие принципы терапии экземы. Наружное лечение экземы на разных стадиях ее течения. Лекарственные формы для наружного течения экземы. Механизм действия наружных лекарственных форм.
15. Профдерматозы. Воздействие химических веществ. Воздействие физических факторов. Профессиональная экзема. Аллергические пробы. Профилактика.
16. Крапивница. Этиология крапивницы. Патогенетические механизмы развития крапивницы, их типы. Классификация крапивницы. Клиническая картина острой крапивницы. Эволюция волдыря.
17. Печесуха. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Лечение. Профилактика.
18. Отек Квинке, Механизм возникновения. Клиническая картина. Неотложная помощь при отеке Квинке. Тактика врача.
19. Пиодермии. Этиология пиодермий. Патогенез. Классификация. Стафилодермии, особенность течения. Стрептодермии, особенность течения.

20. Стафилодермии. Фолликулит. Сикоз. Гидраденит. Фурункул. Карбункул.
21. Стрептодермии. Стрептококковая импетиго. Буллезное импетиго. Щелевидное импетиго. Турниоль. Эктима обыкновенная.
22. Стрептостафилодермии. Шанкриформная пиодермия. Вульгарная импетиго. Хроническая язвенная пиодермия. Язвенно-вегетирующая пиодермия. Лечение гнойничковых заболеваний кожи. Профилактика.
23. Чесотка. Чесоточный клещ, особенности его жизнедеятельности. Классификация. Клиника чесотки. Норвежская чесотка. Лечение и профилактика чесотки.
24. Педикулез. Разновидности вшей. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение педикулеза. Противоэпидемические мероприятия в очаге.
25. Псориаз. Определение. Этиология. Патогенез. Патогистологические изменения кожи при псориазе. Классификация.
26. Псориаз. Стадии течения. Типичные формы. Атипичные формы. Осложненные формы псориаза. Лечение.
27. Псориаз. Псориаз слизистых оболочек. Поражение ногтей при псориазе. Особенности течения псориаза у детей. Псориаз в пожилом возрасте. Тактика врача.
28. Псориаз. Дифференциальная диагностика артропатического псориаза с полиартритом обменного генеза. Инфекционного и ревматического происхождения. Дифференциальная диагностика артропатического псориаза с болезнью Бехтерева. Лечение ретиноидами. Применение гормонов и цитостатиков.
29. Красный плоский лишай. Этиология. Патогенез. Частота встречаемости. Патогномоничные феномены и симптомы. Классификация.
30. Красный плоский лишай. Особенности течения гипертрофической формы. Клинические формы поражения слизистой оболочки полости рта. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Коморбидные заболевания и красный плоский лишай.
31. Красный плоский лишай. Общие принципы лечения. Противомаларийные препараты. Наружные методы лечения. Физиотерапевтическое лечение. Особенности лечения слизистых.
32. Розовый лишай Жибера. Определение. Частота встречаемости. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика, лечение. .
33. Атопический дерматит. Частота встречаемости. Возрастной фактор. Теории возникновения атопического дерматита. Патогенез. Пищевые радиосорбентные тесты.
34. Атопический дерматит. Классификация. Триггерные факторы атопического дерматита. Маркеры острого и хронического течения атопии. Коморбидность атопического дерматита. Сезонность заболевания.
35. Атопический дерматит. Достоверные признаки атопического дерматита. Дополнительные клинические симптомы. Кожный статус асимптомного атопического больного. Возрастные периоды атопического дерматита.
36. Атопический дерматит. Наружная терапия. Степ-терапия. Терапия системного действия. Физиотерапевтическое лечение. Курортотерапия.
37. Пузырчатка. Этиология, патогенез. Классификация. Патогномоничные симптомы при пузырчатке. Дифференциальная диагностика. Лечение.
38. Дерматит Дюринга. Этиология, патогенез. Классификация. Клинические формы. Патогномоничные симптомы при дерматите Дюринга, их трактовка. Лечение.
39. Туберкулез кожи. Состояние проблемы. Характеристика возбудителя. Пути заражения. Эпидемиологические мероприятия в очаге.
40. Классификация туберкулеза кожи. Туберкулезная волчанка. Разновидности туберкулезной волчанки. Дифференциальная диагностика. Патогномоничные симптомы.
41. Скрофулодерма. Дифференциальная диагностика. Папулонекротический туберкулез кожи. Лишай золотушных. Индуративная эритема Базена.

42. Лечение туберкулеза кожи. Химиотерапия, витаминотерапия. Кожные туберкулиновые пробы. Диаскин тест. Курортотерапия больных туберкулезом кожи.
43. Лепра. Состояние проблемы. Эндемичность лепры в РФ. Возбудитель лепры, ее характеристика. Дифференциальная диагностика возбудителя.
44. Классификация лепры, ее типы. Недифференцированный тип. Туберкулоидный тип лепры. Лепроматозный тип лепры. Диагностические феномены. Дифференциальная диагностика.
45. Гистопатология лепры. Диагностические пробы при лепре. Противолепрозные препараты. Неспецифическая терапия лепры. Профилактика лепры.
46. Эритематоз. Этиопатогенез. Классификация эритематоза. Локализованная формы красной волчанки, ее разновидности. Диагностические феномены.
47. Системная красная волчанка. Течение заболевания. Поражение внутренних органов. Диагностика. Лечение. Прогноз.
48. Склеродермия. Этиопатогенез. Классификация. Локализованные формы склеродермии. Диагностические феномены. Дифференциальная диагностика.
49. Системная склеродермия. Поражение внутренних органов при системности процесса. Дифференциальная диагностика. Прогноз. Лечение.
50. Дерматомиозит. Этиопатогенез. Клиника. Классификация. Принципы лечения. Прогноз.
51. Гормонотерапия в лечении системных заболеваний кожи. Наружная терапия коллагенозов. Физиотерапия коллагенозов. Курортотерапия. Вопросы диспансерного учета больных.
52. Герпесвирусная инфекция. Строение вируса герпеса. Первый и второй тип герпеса. Пути инфицирования, пути распространения вируса в организме. Вирусоносительство
53. Простой пузырьковый лишай. Этиопатогенез. Классификация. Клинические формы. Принципы лечения.
54. Герпес Зостер. Этиопатогенез. Классификация. Клиническая картина. Постгерпетическая невралгия. Противовирусные препараты. Наружная терапия.
55. Контагиозный моллюск. Бородавки. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Криодеструкция, лазеротерапия. Иммунотерапия.
56. Васкулиты кожи. Этиология. Патогенез. Классификация. Диагностические обследования. Роль гноеродной флоры в этиопатогенезе васкулитов.
57. Поверхностные васкулиты. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Основные принципы обследования. Лечение.
58. Глубокие васкулиты. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Основные принципы обследования. Лечение.
59. Акне. Этиологические теории. Патогенетические механизмы. Классификация. Клинические признаки акне. Постакне. Дифференциальная диагностика. Лечение.
60. Розацеа. Этиопатогенетические теории. Классификация. Клинические формы. Ринофима. Гормонзависимая форма. Лечение общее и местное.
61. Демодекоз. Клещ рода демодекс. Цикл развития. Проявления демодекоза. Коморбидность. Терапия демодекоза – общая и местное лечение.
62. Себорея. Этиопатогенез. Сухая себорея. Жирная себорея. Себорейный дерматит. Дифференциальная диагностика. Лечение.
63. Новообразования кожи. Классификация. Доброкачественные новообразования кожи. Базалиома. Атерома. Липома.
64. Злокачественные новообразования кожи. Гистологические изменения в дерме. Классификация. Клинические формы. Диагностические исследования. Лечение.
65. Меланома. Эпидемиология меланомы. Клиническая картина. Дерматоскопия. Рентгенотерапия. Криодеструкция. Хирургическое лечение новообразований кожи.
66. Сифилис. Эпидемиология. Причины подъема сифилиса. Общее течение сифилиса. Периоды сифилиса.

67. Бледная трепонема, ее строение. Особенности размножения. Виды движения. Дифференциальная диагностика. Цист и Л – формы бледной трепонемы. Тропические трепонематозы.
68. Пути заражения сифилисом. Условия заражения сифилисом. Периоды сифилиса. Иммуитет при сифилисе. Экспериментальный сифилис. Скрытый сифилис.
69. Первичный сифилис. Характеристика твердого шанкра. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Атипичные шанкры. Лимфангит, лимфаденит.
70. Серологические реакции при сифилисе. Серорезистентность. Суперинфекция. Реинфекция. Превентивное лечение. Профилактическое лечение.
71. Вторичный свежий сифилис. Диагностические признаки. Вторичный рецидивный сифилис. Разновидности высыпаний. Скрытый сифилис. Лабораторный исследования. Лечение.
72. Третичный сифилис. Активный сифилис, скрытый. Третичный бугорковый сифилид. Сифилитическая гумма. Дифференциальная диагностика. Лабораторные исследования. Лечение.
73. Врожденный сифилис. Классификация. Ранний врожденный сифилис. Клинические симптомы. Лабораторные исследования. Лечение.
74. Поздний врожденный сифилис. Достоверные признаки. Вероятные признаки. Лабораторные исследования. Лечение. Прогноз.
75. Гонорея. Этиология. Характеристика возбудителя. Классификация. Клиника. Осложнения. Диагностика. Лечение.
76. Трихомониаз. Характеристика возбудителя. Классификация. Особенности течения. Осложнения. Лечение. Профилактика.
77. Микозы. Эпидемиология. Классификация. Возбудители микозов. Методы диагностики. Виды материала.
78. Отрубевидный лишай. Эритразма. Пьедра. Клиника. Диагностические феномены. Лечение. Профилактика.
79. Эпидермофития. Характеристика возбудителя. Эпидермофития стоп, классификация. Эпидермофития гладкой кожи. Паховая эпидермофития. Лечение. Эпидмероприятия.
80. Руброфития. Характеристика возбудителя. Классификация. Поражение гладкой кожи. Поражение ногтей. Лечение.
81. Трихомикозы. Возбудители. Трихофития гладкой кожи. Инфильтративно-нагноительная форма. Патогномоничные симптомы. Лечение. Эпидмероприятия.
82. Микроспория. Возбудитель. Классификация. Микроспория гладкой кожи. Микроспория волосистой части головы. Лечение.
83. Favus. Характеристика. Классификация. Поражение волосистой части головы, дифференциальная диагностика. Эпидмероприятия в очаге. Лечение.
84. Кандидоз. Разновидности грибов рода кандиды. Классификация кандидоза. Клинические формы. Лабораторные методы диагностики. Лечение.
85. Онихомикозы. Этиология. Лабораторные методы диагностики поражения ногтей. Противогрибковые препараты – таблетированные, наружные формы. Коморбидность, противопоказания к назначению противогрибковых средств. Санэпидмероприятия в очаге.
86. Детские дерматозы. Особенности кожи ребенка. Классификация. Атопический дерматит детского возраста. Пеленочный дерматит. Лечение.
87. Детские дерматозы. Псориаз детского возраста. Пиодермиты у детей. Микозы у детей. Особенности течения. Лечение.
88. Генодерматозы. Наследственный характер заболевания, типы наследования. Ихтиоз. Формы ихтиоза. Дифференциальная диагностика. Лечение.
89. Генодерматозы. Болезнь Девержи. Болезнь Реклингаузена. Кератодермии, разновидности. Лечение генодерматозов. Прогноз.

90. Физиотерапия в дерматологии. Показания. Противопоказания. Виды процедур. Климатотерапия. Курортотерапия.

#### 4.2. Ситуационные задачи

**Задача 1.** Пациент К., 65 лет, поступил с жалобами на наличие высыпаний в области волосистой части головы. Считает себя больным около одного месяца, когда впервые появилось небольшое, слегка шелушащееся, красноватого цвета пятно вокруг волосяного фолликула с дальнейшим распространением процесса на остальные участки волосистой части головы.

Объективно: в области волосистой части головы множественные, сухие корки, желтовато-серого цвета, блюдцеобразные, с вдавлением в центре, из центра, которых выходит волос. Сливаясь, они образуют сплошную корку. От корок исходит неприятный «мышинный» запах. Волосы в очагах тусклые, пепельно-серые, легко извлекаются, но не обламываются, напоминая пучки пакли.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Этиопатогенез заболевания.
3. Клинические формы поражения волосистой части головы.
4. Источники заражения.
5. Дифференциальный диагноз, лечение.

**Задача 2.** В стационарное отделение ОКВД поступил пациент, 52 лет, для уточнения диагноза и назначения лечения с предварительным диагнозом: вегетирующая пиодермия.

Анамнез болезни: считает себя больным в течение 6 месяцев, когда впервые появились гнойничковые высыпания на коже пахово-бедренной области и в подмышечной области. При обращении к врачу по месту жительства был поставлен диагноз – пиодермия и назначены антибиотики и наружная терапия. Лечение оказалось малоэффективным: высыпания сохранялись, а длительно существующие сливались в бляшки, покрытые вегетациями. В течение последнего месяца появились эрозивные элементы в ротовой полости, болезненные, особенно при приеме пищи и неприятный запах изо рта. Сопутствующие заболевания: 15 лет сахарный диабет II тип.

Объективно: на коже пахово-бедренной области и в подмышечной области имеются единичные пустулы и инфильтративные бляшки округлой формы, покрытые вегетациями, со зловонным отделяемым. Кожа вокруг бляшек не изменена. Определяется положительный симптом Никольского непосредственно возле бляшек. В ротовой полости имеются округлые эрозии 1-2 см. в диаметре, с вегетациями, болезненные при пальпации.

Лабораторно: ОАК – незначительный лейкоцитоз со сдвигом влево.

ОАМ – без патологии

Сахар крови – 7,3 ммоль/л

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Патогистологическая картина кожи.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечение

**Задача 3.** Пациентка Р., 53 лет. Жалобы на появление сыпи на лице, туловище, конечностях. Температура тела 37,4, беспокоит зуд кожи, озноб, головная боль, тошнота.

Болеет 2 дня. Появление сыпи отмечает после в/м инъекций диклофенака, который назначил травматолог по поводу ушиба правого коленного сустава и реактивного артрита.

Из перенесенных заболеваний больная отмечает мочекаменную болезнь, хронический пиелонефрит, хронический цистит, аллергическую реакцию в виде крапивницы после введения рентгенконтрастных веществ.

Объективно: правый коленный сустав несколько увеличен в объеме, кожа над ним отечна, гиперемирована, имеются кровоподтеки. Общее состояние относительно удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

На коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей отмечается обильная полиморфная сыпь. Имеются волдыри до 10 см в диаметре со светлым центром и неровными полициклическими слегка возвышенными краями ярко-розового цвета, в центре некоторых из них расположены пузыри с геморрагическим содержимым, эрозии полициклических очертаний с обрывками эпидермиса по периферии и скудным серозно-геморрагическим отделяемым. Симптом Никольского отрицателен. Отмечается отечность кистей, стоп, лица в периорбитальной области. На слизистых оболочках элементов сыпи нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Что такое псевдоаллергические реакции? На какие группы лекарственных средств они могут возникать?
3. Разновидности псевдоаллергических крапивниц.
4. Какие дерматозы сопровождаются развитием уртикарной сыпи на коже?
5. Лечение.

**Задача 4.** Пациент Л., 2 лет. Жалобы (со слов матери) на высыпания по всему кожному покрову, сопровождающиеся зудом. Последние 3 недели ребенок находился у родственников в сельской местности. Бабушка к специалистам по поводу сыпи у ребенка не обращалась, т.к. связывала ее появление с укусами комаров.

Объективно: на коже кистей и стоп, особенно в межпальцевых складках, на сгибательной поверхности конечностей, коже живота, по переднему краю подмышечных впадин, в межъягодичной складке, на коже мошонки, в области щек обильные папулезно-везикулезные элементы, сдвоенные геморрагические корочки, эскориации, единичные пустулы. Кожа мошонки, локтевых сгибов, щек отечна, эритематозна, с множеством мелких везикул и серозных корок, мокнет. На кистях и стопах между элементами сыпи видны возвышающиеся над уровнем кожи изогнутые грязно-серого цвета линии. Почти все ногтевые пластинки кистей деформированы, с потрескавшимся свободным краем, испещрены продольными трещинами, мутные, серого цвета.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Стадии метаморфоза чесоточного зудня.
3. Методики обнаружения зудня.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Современные средства для лечения чесотки. Какие из них можно рекомендовать ребенку 2 лет?

**Задача 5.** Пациентка А. в 15 лет проводили лечение по поводу юношеских угрей. Отмечала значительное улучшение в течение года. После перенесенной ОРВИ, осложнившейся бронхитом, отметила появление новых высыпаний на коже лица, спины, груди. К врачу не обращалась, самостоятельно обрабатывала высыпания лосьонами, салициловым спиртом. Через месяц количество высыпаний увеличилось, появилась болезненность. Обратилась на прием в ОКВД.

**Объективно:** на коже лица, спины, груди закрытые комедоны с выраженным воспалением в основании, глубоко лежащие воспалительные узлы, часть из которых вскрылась с выделением текучего гнойного экссудата. На коже спины отмечаются единичные глубокие рубцы.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Лабораторно-диагностические мероприятия.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение
5. прогноз

**Задача 6.** Пациент Л., 44 лет, по профессии строитель, заболел 3 года назад, когда впервые на волосистой части головы и лице появились эритематозные очаги поражения, не сопровождающиеся субъективными ощущениями. Начало заболевания больной связывает с длительным пребыванием на солнце. Через 11 месяцев аналогичные очаги появились на коже туловища.

**Объективно:** Высыпания хронического воспалительного характера представлены эритематозными очагами с ливидным оттенком. По периферии очагов инфильтрат более выражен. На поверхности имеется шелушение. Чешуйки мелкие, асбестовидные, плотносидящие. В центре очагов на волосистой части головы и на лице наблюдается рубцовая атрофия.

Обнаружены: патология внутренних органов в виде пневмосклероза, деформирующий полиартрит, сопровождающийся периодическими болями.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Лабораторно – инструментальная диагностика.
3. Формы заболевания.
4. Сколько выделяют диагностических критериев при данном заболевании и при скольких из них данный диагноз достоверен?
5. Принципы терапии.

**Задача 7.** Пациент Л., 5 лет. Жалобы (со слов матери) на высыпания, распространенные по всему кожному покрову, повышенную раздражительность, плохой сон. Болен 2 дня. Накануне употреблял в пищу клубнику.

**Объективно:** на коже лица, туловища, конечностей (преимущественно в области разгибательных поверхностей) обильные диссеминированные эритематозно – сквамозные, папуло – везикулезные, уртикарно – розеолезные высыпания, эскориации. Потоотделение сохранено, лимфоузлы не увеличены.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Патогенез заболевания.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение.
5. Прогноз

**Задача 8.** Пациент Ч., 46 лет. Жалобы на высыпания в области передней поверхности левой голени, выраженный мучительный зуд в области высыпаний, чаще возникающий в вечернее или ночное время суток.

Считает себя больным около 6 месяцев от момента появления высыпаний.

**Объективно:** в области передней поверхности левой голени отмечаются единичными очаги в виде бляшек округлых очертаний и представленных множеством мелких папул. Утолщенная кожа в очагах поражения буровато – красновато - коричневой окраски, сухая, шероховатая, с гипертрофированным рисунком. Границы очагов четкие. Центр представлен лихенизацией, вокруг которой располагается множество блестящих мелких папул розовато-коричневой окраски, частично покрытых чешуйками и корко-чешуйками в местах эксфолиации. Периферическая часть имеет буровато-коричневую пигментацию, с усилением кожного рисунка и небольшого утолщения кожи, единичные лихеноидные папулы постепенно переходят в здоровую кожу.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. К какой группе дерматозов можно отнести данное заболевание?
3. Зоны очага поражения.
4. Назовите форму атопического дерматита, с которой следует проводить дифференциальную диагностику данного заболевания.
5. Типичные места локализации высыпаний при данном дерматозе, лечение.

**Задача 9.** Пациент Ф., 37 лет, поступил с жалобами на интенсивный зуд, высыпания на коже и выпадение волос. Болен 1 год. Вначале пациент заметил очаги облысения в области волосистой части головы, через 3 месяца появились узелки на туловище и конечностях. Амбулаторное лечение (антибиотики и витамин А) было неэффективно. Процесс прогрессировал: стали выпадать волосы в подмышечных ямках и на лобке.

**Объективно:** на волосистой части головы располагается 4 очага облысения размером от чечевицы до 3-х копеечной монеты. Кожа в пределах очагов бледно-розовая, истончена, фолликулярный аппарат в центре атрофирован, в периферийной зоне волосы обломаны, выявляются розово-красные узелки с чешуйками, серозно-гнойные корки, расчесы. На туловище и сгибательной поверхности верхних конечностей располагаются группирующиеся полигональные папулы синюшно-красного цвета размером с булавочную головку с западением в центре.

На месте разрешившихся папул - поверхностные атрофические рубчики. В области подмышечных ямок и лобка определяются очаги нерубцовой алопеции размером до 1-копеечной монеты. На слизистой оболочке полости рта по линии смыкания зубов разбросаны опаловые папулы размером с просыное зерно.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз.
2. Дополнительные исследования.
3. Диагностические феномены.
4. Лечение.
5. Прогноз заболевания.

**Задача 10.** Пациентка З., 34 лет. Жалобы на высыпания в области волосистой части головы, боли в коленных, голеностопных и тазобедренных суставах. Высыпания беспокоят в течение длительного времени, преимущественно в зимнее время; суставы в течение года. Направлена на консультацию ревматологом.

**Объективно:** в затылочной, височной, теменной области волосистой части головы крупные бляшечные образования розово-красного цвета, окруженные ободком Пильнова. Бляшки инфильтрированы, покрыты обильными жирными и мелкими сухими чешуйками. Такие же высыпания на границе кожи лба и роста волос. Коленные суставы увеличены в объеме, пальпируется жидкость, кожа гиперемирована, горячая на ощупь, нарушение функции суставов III степени, болезненность при движениях и пальпации. При лабораторном исследовании крови LE клетки не обнаружены, СРБ (+), лейкоцитоз, лимфоцитоз, гемоглобинемия.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные исследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Общие принципы лечения.
5. Прогноз

**Задача 11.** Пациентка М., 16 лет. Жалобы на наличие высыпаний в области внутренней поверхности бедер. Считает себя больной около трех месяцев с момента появления высыпаний.

Объективно: на внутренней поверхности бедер отмечается симметрично расположенная, мономорфная, папулезная сыпь. Папулы от 2 до 6 мм в диаметре, с гладкой, блестящей поверхностью, полушаровидной формы, бледно-розового цвета, правильных очертаний, с четкими границами, плотноватой консистенции, не склонных к слиянию, группировке и периферическому росту, безболезненны при пальпации, в центре наблюдается пупкообразное вдавление с небольшим отверстием, из которого при легком надавливании с боков выделяется крошковатая масса беловатого цвета.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Гистоморфологические изменения кожи.
4. Лечение.
5. Дополнительные исследования.

**Задача 12.** Пациент К., 38 лет. Жалобы на высыпания в области лица. Из анамнеза: подобные высыпания беспокоят в течение нескольких лет, характерны периодические обострения.

Объективно: в области усов и бороды определяются множественные стафилококковые импетиго, образующие целый конгломерат пустул, имеются множественные грязно – желтые корки, склеенные с волосами, кожа уплотнена, синюшно – красного цвета, болезненна. При эпиляции волоса в его корневой части обнаруживается желатиноподобная муфта (эпителиальное влагалище, пропитанное гноем).

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Принципы терапевтического воздействия.
5. Прогноз

**Задача 13.** Пациент К., 5 лет. Жалобы (со слов матери) на наличие высыпаний. Субъективная симптоматика у ребенка отсутствует. Впервые элементы сыпи появились год назад на коже предплечий, лечились с диагнозом: Вульгарные бородавки. Эффекта от лечения не отмечалось, сыпь продолжала распространяться, появились новые элементы на коже туловища.

Объективно: на коже туловища, верхних конечностей лихеноидные папулы до 4мм в диаметре, плотноватой консистенции, бледно-розового цвета с ливидным оттенком, блестящие, с небольшим вдавлением в центре некоторых элементов. На предплечьях, боковых поверхностях туловища папулы группируются в линейные, сетчатые фигуры, местами сливаются в бляшки с западающим центром, покрытым кератотической плотно сидящей чешуйкой. На месте разрешившихся папул - атрофические гиперпигментированные рубцы.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Возможный исход заболевания.

4. Лечение
5. Прогноз

**Задача 14.** Пациент А., 23 лет. Жалобы на высыпания в области верхней части туловища и волосистой части головы, интенсивный зуд.

Болен в течение 1 года, лечился амбулаторно с диагнозом себорейный дерматит.

Объективно: на коже верхней трети спины (межлопаточной области), в области грудины желтовато-розовые пятна, покрытые жирными желтоватыми чешуйками, в центре очагов могут наблюдаться мелкоузелковые элементы. На волосистой части головы очаги обильных желтоватых корок, чешуек, после снятия, которых образуется мокнущая поверхность.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Особенности лечения при поражении волосистой части головы.
4. течение
5. прогноз

**Задача 15.** Пациент К., 43 лет. Жалобы на высыпания на коже лица. Из опроса пациента выявлено, что первые элементы появились около 3 месяцев назад в виде красновато-коричневых округлых пятен, которые в дальнейшем медленно увеличиваясь, стали более заметны. Зуда кожи нет. При опросе по другим системам органов пациент отмечает повышенную слабость, утомляемость, частые простудные заболевания, болезненность в крупных суставах.

Объективно: на коже лица, в области щек, спинки и крыльев носа обнаруживаются красновато-коричневые бугорки 0,5-1,0 см. в диаметре, мягкой консистенции. Местами бугорки сливаются в виде диффузных очагов с гладкой поверхностью. Симптом «зонда» положительный. При диаскопии – феномен «яблочного желе». В области спинки носа имеется округлая язва размерами около 0,5 см с мягкими краями и зернистым, легкокровоточающим дном. Вокруг язвы ободок инфильтрата, в зоне которого отчетливо выявляются мелкие бугорки. Чувствительность кожи сохранена. Шейные лимфатические узлы увеличены до размеров горошины, подвижные, слегка болезненные.

Вопросы.

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Опишите патогномоничные симптомы.
4. Результаты гистологического исследования бугорков.
5. Дифференциальная диагностика.

**Задача 16.** Пациентка Н., 19 лет. Жалобы на зуд, высыпания в генитальной области. Считает себя больной около двух месяцев.

Объективно: в области малых половых губ, внутренней поверхности больших половых губ, у входа во влагалище дольчатые разрастания, склонные к группировке, мягкой консистенции, бледно-розового цвета с белесоватой, влажной ворсинчатой поверхностью и суженным основанием.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Этиология заболевания.
3. Дифференциальная диагностика остроконечных и широких кондилом.

4. Факторы, предрасполагающие к возникновению кондилом.
5. Методы лечения.

**Задача 17.** Пациент В., 6 лет. Жалобы (со слов матери) на болезненные высыпания в ротовой полости и на губах, головную боль, сонливость, общее недомогание, повышение температуры до 39° С. Считает себя больным около 3 дней с момента появления высыпаний.

Объективно: на губах и в полости рта, преимущественно в области щек, десен, внутренней поверхности губ, на языке, мягком и твердом небе сгруппированные пузырьки, 2-3мм в диаметре, полушаровидной формы, с прозрачным содержимым, на фоне гиперемии, эрозии с остатками отслоившегося эпителия. На деснах едва заметные точечные эрозии, сливающиеся в очаги с фестончатыми контурами на отечном фоне. Регионарные подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Возможные осложнения.
4. Для лиц какой возрастной группы характерно данное заболевание?
5. Лечение.

**Задача 18.** Пациентка Л., 44 лет, работает на скотоводческой ферме. Жалобы на наличие высыпаний, зуд в области кистей, повышение температуры тела до 37,6 ° С. Считает себя больной около 7 дней с момента появления высыпаний.

Объективно: в области кистей монотипные, папулезные высыпания, плотной консистенции, полушаровидной формы, до 1 см в диаметре, синюшно-красного цвета, располагаются на фоне гиперемии и отека, возвышающиеся над уровнем кожи, в центре отмечается блюдцеобразное вдавление, на месте которого сухая темная корочка.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Наиболее часто встречающееся осложнение данного заболевания.
4. Источник заражения.
5. В течение, какого времени разрешаются высыпания без лечения?

**Задача 19.** Пациентка Л., 18 лет. Жалобы на наличие высыпаний и зуд в области правой кисти, повышение температуры тела до 38° С. Из анамнеза заболевания выявлено, что высыпания появились через неделю на месте царапины, оставленной кошкой.

Объективно: в области тыльной поверхности правой кисти эритематозные пятна; папулы до 1,5 см в диаметре, плотной консистенции, розово-красного цвета, болезненные при пальпации; единичные пустулы, гнойные корки; зажившие царапины. В правой подмышечной области, увеличенные лимфатические узлы, кожа над которыми гиперемирована, плотной консистенции, подвижные и болезненные при пальпации.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Возможные осложнения данного заболевания.
4. Методы диагностики и предполагаемые результаты.
5. Методы лечения.

**Задача 20.** Пациентка Н., 13 лет. Жалобы на высыпания в области лица и шеи. Считает себя больной около месяца.

**Объективно:** в области лица и шеи множественные мономорфные папулезные высыпания, цвета нормальной кожи, склонные к группировке, размером до 3 мм, полигональные с гладкой поверхностью, плотноватой консистенции, едва выступающие над уровнем кожи.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Виды бородавок.
4. Пути заражения.
5. Методы лечения.

Образец решения задачи № 11

1. Пациентке М., 16 лет, которая обратилась с жалобами на высыпания в области внутренней поверхности бедер, считающей себя больной в течение 3-х месяцев, поставлен диагноз: контагиозный моллюск. Диагноз поставлен на основании вышеуказанных жалоб и данных объективного обследования: наличие на внутренней поверхности бедер характерных высыпаний в виде папул от 2 до 6 мм в диаметре, с гладкой, блестящей поверхностью, полушаровидной формы, бледно-розового цвета, правильных очертаний, с четкими границами, плотноватой консистенции, не склонных к слиянию, группировке и периферическому росту, безболезненных при пальпации, в центре которых имеется пупкообразное вдавление с небольшим отверстием, из которого при надавливании выделяется крошковатая масса белого цвета.

2. Контагиозный моллюск дифференцируют со следующими заболеваниями:

- плоские бородавки, которые наблюдаются у подростков и молодых людей, обычно множественные, располагаются на лице и тыле кистей. Имеют вид мелких округлых папул с гладкой поверхностью, цвета нормальной кожи.

- вульгарные бородавки, чаще располагаются на тыле кистей, представляют собой плотную папулу с неровной, шероховатой или сосочковидной поверхностью, покрытой гиперкератотическими массами. Центральное западение и перламутровая окраска отсутствуют.

- кератоакантомы, чаще наблюдаются у лиц в возрасте старше 50 лет на открытых участках кожи в виде одиночного образования полусферической формы нормального или бледно-красноватого цвета. В центре образований наблюдаются небольшие кратерообразные углубления, заполненные роговыми массами, которые легко удаляются и не сопровождаются кровотечением.

- красный плоский лишай, характеризуется плоскими папулами диаметром 2—5 мм с полигональными очертаниями, с вдавлением в центре, розовато-красного цвета с характерным фиолетовым или сиреневатым оттенком и восковидным блеском, более отчетливым при боковом освещении, незначительным шелушением. На поверхности более крупных узелков, особенно после смазывания маслом, можно обнаружить сетевидный рисунок (симптом сетки

Уикхема). Характерна склонность к сгруппированному расположению высыпаний с образованием колец, гирлянд, линий. Реже узелки сливаются, образуя бляшки с шагреневой поверхностью. В большинстве случаев сыпь локализуется симметрично на сгибательных поверхностях конечностей, туловище, половых органах, довольно часто — на слизистой оболочке полости рта. Редко поражаются ладони, подошвы, лицо. Субъективно больных беспокоит зуд. В период обострения КПЛ наблюдается положительный феномен Кебнера — появление новых узелков на месте травматизации кожи.

- ветряная оспа, характеризуется первоначально появлением пятен ярко-розового цвета, округлой или овальной формы до 5-10 мм в диаметре, затем в центре пятна появляется папула, на поверхности которой образуется везикула размером до 8-10мм, заполненная прозрачным содержимым. Высыпания могут появиться на любом участке кожи, лицо поражается позже туловища и конечностей. Отмечается толчкообразность высыпаний с интервалом 24-48 часов. Пузырьки в течение 1-2 суток переходит в стадию подсыхания с образованием корки. На месте разрешения элементов могут оставаться рубцы. Характерно появление высыпаний на слизистых оболочках (на твердом небе, деснах, языке, задней стенке глотки, половых органах). Проявления общей интоксикации выражены слабо, температура субфебрильная, при тяжелых формах до 39°C).

- папулезный сифилид при вторичном рецидивном периоде сифилиса характеризуется появлением округлых папул плотноэластической консистенции, имеющих резко ограниченные очертания, полушаровидной формы, до 0,3-0,5 см в диаметре, не склонны к периферическому росту и слиянию. Цвет папул вначале розовый, позднее становится медно-красным или синюшно-красным. Поверхность папул вначале блестящая, гладкая, затем начинает шелушиться (краевое шелушение в виде «воротничка» Биетта). Высыпания появляются толчкообразно, держатся на коже до 6-8 нед., находясь в различных стадиях развития, после разрешения папул на их месте длительно существует пигментация. При лабораторном обследовании отмечаются положительные результаты серологических реакций.

3. При гистоморфологическом исследовании кожи для данного заболевания характерны следующие признаки: наблюдаются пролиферативные и дегенеративные изменения клеток шиповатого слоя. При патоморфологическом исследовании узелок, образованный за счет разрастания эпидермиса, разделен радиальными соединительнотканными перегородками на ряд грушеобразных долек. В верхних отделах долек клетки эпидермиса содержат крупные эозинофильные включения — моллюсковые тельца. Цитоплазма клеток шиповатого слоя вакуолизируется и гомогенизируется. Клетки базального слоя не поражаются. Воспалительные изменения в дерме незначительные или отсутствуют. При длительно существующих элементах в дерме может быть хронический гранулематозный инфильтрат.

4. Основным направлением терапии является деструкция элементов контагиозного моллюска. Учитывая возможность аутоинокуляции, необходимо удаление всех

элементов контагиозного моллюска, для чего перед проведением терапии следует провести осмотр всей поверхности кожного покрова больного, обращая внимание на складки кожи.

К методам деструкции относятся: кюретаж — механическое удаление очагов поражения кюреткой; криотерапия - на каждый элемент контагиозного моллюска воздействуют жидким азотом в течение 6—20 сек., если высыпания сохраняются, процедуру повторяют через неделю; эвисцерация (вылушивание) проводится тонким пинцетом и рекомендуется для удаления свежих высыпаний; лазеротерапия элементов контагиозного моллюска СО<sub>2</sub>-лазером или импульсным, если после процедуры лазеротерапии высыпания сохраняются, повторную деструкцию проводят через 2—3 недели; электрокоагуляция элементов контагиозного моллюска, для уменьшения боли и дискомфорта во время деструкции элементов контагиозного моллюска используется местная анестезия. После деструкции элементов контагиозного моллюска проводят обработку участков кожи, на которых они располагались, антисептиками: йод + [калия йодид + этанол], 5% спиртовой раствор.

5. Дополнительным методом исследования является микроскопическое исследование содержимого узелков с окраской по Романовскому — Гимзе, Граму, Райту или Папаниколау, которое позволяет выявить крупные кирпичной формы внутриклеточные включения вирусных телец.

Образец решения задачи № 20.

1. Пациентке Н., 13 лет, которая обратилась с жалобами на высыпания в области лица и шеи, считающей себя больной в течение 1 месяца, поставлен диагноз: плоские бородавки. Диагноз поставлен на основании вышеуказанных жалоб и данных объективного обследования: наличие в области лица и шеи множественных папулезных высыпаний, цвета нормальной кожи, склонные к группировке, размером до 3мм, полигональные с гладкой поверхностью, плотноватой консистенции, едва выступающие над уровнем кожи.

2. Дифференциальную диагностику плоских бородавок проводят с сирингомой, ангиокератомой Мибелли, красным плоским лишаем.

Красный плоский лишай, характеризуется плоскими папулами диаметром 2—5 мм с полигональными очертаниями, с вдавлением в центре, розовато-красного цвета с характерным фиолетовым или сиреневатым оттенком и восковидным блеском, более отчетливым при боковом освещении, незначительным шелушением. На поверхности более крупных узелков, особенно после смазывания маслом, можно обнаружить сетевидный рисунок (симптом сетки Уикхема). В большинстве случаев сыпь локализуется симметрично на сгибательных поверхностях конечностей, туловище, половых органах, довольно часто — на слизистой оболочке полости рта. Редко поражаются ладони, подошвы, лицо. Субъективно больных беспокоит зуд. В период обострения КПЛ наблюдается положительный феномен Кебнера — появление новых узелков на месте травматизации кожи.

Сирингома проявляется множественными высыпаниями и узелками полушаровидной формы, локализующимися на нижнем веке, у внутреннего угла

глаза, на шее, передней поверхности грудной клетки; наблюдается преимущественно у женщин.

При ангиокератоме Мибелли - чаще болеют девочки в возрасте 10-15 лет. Поражаются преимущественно пальцы кистей и стоп, но возможна локализация в области лица и ушных раковин. Отмечается развитие участков гиперкератоза в виде папул на небольших ангиомах, цвет элементов темно-красный с последующим приобретением темно-коричневого оттенка. Высыпания медленно увеличиваются, приподнимаясь над уровнем кожи и на поверхности появляются роговые наслоения. Гистологически обнаруживается резкое расширение капилляров.

3. В зависимости от особенностей клинической картины заболевания выделяют следующие виды кожных поражений: вульгарные бородавки; ладонно-подошвенные бородавки; мозаичные бородавки; кистозные бородавки; плоские бородавки; нитевидные бородавки; «бородавки мясников»; фокальную эпителиальную гиперплазию; верруциформную эпидермодисплазию.

4. Возбудитель заболевания — вирус папилломы человека (ВПЧ), относится к ДНК-содержащим вирусам семейства папававиридов (Papavaviridae). Вирусы папилломы человека обладают тканевой специфичностью — способностью определенных типов ВПЧ поражать свойственную для их локализации ткань. Как правило, ВПЧ 3, 10, 28, 49 типов выявляются при подошвенных бородавках. Передача вируса может происходить контактно-бытовым путем, при ауто или гетероинокуляции в местах повреждения эпителиальной ткани. Риск инфицирования ВПЧ зависит от ряда факторов, таких как локализация очагов поражения, количественные показатели ВПЧ (вирусная нагрузка), степень и характер контакта, состояние общего и локального иммунного статуса. Инфицированию способствует наличие микротравм и воспалительных процессов кожных покровов. В клетках базального слоя вирус может находиться длительное время в латентном состоянии. При наличии благоприятных факторов начинается процесс репликации вирусов папилломы человека в эпителии, что приводит к нарушению дифференцировки клеток и формированию морфологически измененных тканей.

5. Ведущим направлением в лечении вирусных бородавок является деструктивная терапия.

Методы деструкции вирусных бородавок:

#### Физические методы

- Электрокоагуляция. При данном методе вирусные бородавки удаляют послойно. Воздействие электротокком проводят путем легкого контакта игольчатого наконечника электрода с поверхностью образования. Деструкцию проводят под местной инфильтрационной анестезией 2% раствором лидокаина.

- Криодеструкция. При этом методе терапии происходит замораживание патологического образования производится с помощью жидкого азота, закиси азота, двуокиси углерода. Охлажденный криозонд помещают перпендикулярно поверхности кожи и плотно прижимают к ней. Экспозиция составляет 1—5 мин. При деструкции плоских и вульгарных бородавок применяется одноциклового метод, подошвенных бородавок — метод «олимпийских колец» и двухциклового

метод. Повторное криовоздействие проводят при необходимости через 7—10 дней.

- Лазерная деструкция, при которой бородавки удаляют послойно. После облучения разрушенные ткани удаляют марлевым тампоном, смоченным спиртовым раствором или раствором перекиси водорода. Пациенту рекомендуется обрабатывать раневую поверхность растворами анилиновых красителей (бриллиантового зеленого, фуорцина) 2—4 раза в сутки, избегать травмирования раны и контакта с водой, а также самостоятельно удалять струп до окончания процесса заживления. Деструкцию проводят под местной инфильтрационной анестезией 2% раствором лидокаина.

- Радиохирургическая деструкция. Метод основан на генерации электромагнитной волны различных частот в диапазоне от 100 кГц до 105 МГц. Радиоволна большой мощности проходит от рабочего электрода через ткань, вызывая незначительный разогрев в месте касания рабочего электрода, при этом происходит разрыв или рассечение ткани без механического усилия или коагуляции. Деструкцию проводят под местной инфильтрационной анестезией 2% раствором лидокаина.

#### Химические методы:

- 1,5% раствор цинка хлорпропионата в 50% 2-хлорпропионовой кислоте, раствор для наружного применения наносится на бородавки с помощью деревянного шпателя с заостренным наконечником (для новообразований с диаметром от 0,1 до 0,5 см) или с помощью стеклянного капилляра (для новообразований с диаметром свыше 0,5 см). Перед нанесением препарата обрабатываемую поверхность предварительно обезжиривают 70% спиртовым раствором для лучшего проникновения раствора. Нанесение раствора проводят до изменения окраски тканей: плоские бородавки изменяют цвет. Вирусные бородавки на серовато-белый спустя 1—3 мин после однократного нанесения, вульгарные бородавки — на серовато-желтый в течение 2—5 мин после 2—3-кратного нанесения препарата. При подошвенных бородавках цвет образований практически не меняется, однако в течение 5—7 мин после 3—5 последовательных аппликаций наблюдается их выраженная инфильтрация. Для получения клинического эффекта при плоских и вульгарных бородавках достаточно 1—2 последовательных обработок кратностью 1 раз в 7—14 дней, при подошвенных бородавках — 1—3 обработок кратностью 1 раз в 14—21 день. Перед каждой обработкой рекомендуется механически удалять мумифицированные ткани. После деструкции бородавок рекомендуются ограничение водных процедур и обработка мумифицирующихся образований неспиртовыми растворами антисептиков (хлоргексидин, мирамистин, перекись водорода).

- Комбинация азотной, уксусной, щавелевой, молочной кислот и тригидрата нитрата меди. Раствор для наружного применения наносится специальным пластиковым шпателем или с помощью стеклянного капилляра на предварительно обезжиренную спиртовым раствором поверхность очага. Обработку бородавок проводят до появления желтого окрашивания очагов, расположенных на коже, или белого окрашивания очагов, расположенных на слизистых оболочках, не затрагивая здоровых тканей. Появление равномерной

желтой или белой окраски свидетельствует о достаточном уровне обработки и является гарантией последующей мумификации образования. Контрольный осмотр больных проводится через 3—5 дней после первичной обработки, в случае необходимости проводят повторную обработку очагов (перерыв между процедурами составляет 1—4 недели). Не рекомендуется обрабатывать поверхность, превышающую 4—5 см.

Методами выбора лечения бородавок у детей являются физические методы деструкции, не вызывающие токсических побочных реакций.

#### 4.3. Тестовые задания

##### 1. УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

ПЕРИОД СИФИЛИСА, ВОЗНИКАЮЩИХ ЧЕРЕЗ 2-5 ЛЕТ ОТ МОМЕНТА ЗАРАЖЕНИЯ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

1. третичный
2. врожденный
3. первичный
4. вторичный

##### 2. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

ДЛЯ РАННЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

1. бочкообразные зубы
2. саблевидные голени
3. лабиринтит
4. диффузная инфильтрация Гохзингера
5. сифилитическая пузырьчатка
6. ринит
7. олимпийский лоб
8. ягодицеобразный череп

##### 3. СОСТАВЬТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

СИМПТОМ АВСИТИДИЙСКОГО ЭТО

1. искривление
2. мизинца
3. мечевидного отростка
4. укорочение
5. грудинного конца ключицы
6. отсутствие
7. истончение
8. утолщение

##### 4. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

К ВЕРОЯТНЫМ ПРИЗНАКАМ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА ОТНОСЯТСЯ

1. лабиринтит
2. сифилитический гонит
3. ягодицеобразный череп
4. седловидный нос
5. рубцы Фурнье-Робинсона

6. паренхиматозный кератит
7. саблевидные голени

5. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ  
ТРИАДА ГЕТЧИНСОНА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

1. сифилитический гонит
2. лабиринтит
3. бочкообразные зубы
4. ринит
5. саблевидные голени
6. паренхиматозный кератит
7. широко расставленные резцы
8. симптом Дюбуа-Гиссара

6. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ  
ДЛЯ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ГУММ

1. шаровидные гуммы
2. распространенные гуммы
3. пигментированные гуммы
4. изолированные гуммы
5. рубцовые гуммы
6. фибринозные гуммы
7. гуммозные инфильтраты
8. фиброзные гуммы

7. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ  
ДЛЯ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ БУГОРКОВ

1. сгруппированные
2. эрозивные
3. оспеновидные
4. серпегенирующие
5. угревидные
6. карликовые
7. площадкой
8. лентикулярные

8. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ  
КАКИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ ДОЛЖНЫ ДАТЬ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРИ СНЯТИИ БОЛЬНОГО  
СИФИЛИСОМ С УЧЕТА

1. уролог
2. окулист
3. пульмонолог
4. лор
5. рентгенолог
6. психолог
7. терапевт
8. невролог

9. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ  
В ТЕЧЕНИИ ТРЕТИЧНОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ  
ПЕРИОДЫ

1. третичный рецидивный

2. третичный серопозитивный
3. третичный серонегативный
4. третичный активный
5. третичный скрытый
6. третичный свежий

**10. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЯ ПЕРИОДОВ СИФИЛИСА СТАДИЯМ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

1. поздний		1. скрытый
2. третичный		2. ранний
		3. поздний
		4. активный

**11. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЯ ПРИЗНАКОВ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ**

1. достоверные		1. инфантильный мизинец
2. вероятные		2. олимпийский лоб
		3. готическое небо
		4. паренхиматозный кератит
		5. широко расставленные резцы
		6. лабиринтит

**12. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ТРЕТИЧНОГО СИФИЛИСА ОТНОСЯТСЯ**

1. гуммы
2. волдыри
3. папулы
4. пузыри
5. бугорки

**13. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

1. скрофулодерма		1. узел мягкий, чаще неправильных очертаний
2. сифилитическая гумма		2. локализация чаще в области шеи
		3. локализация чаще на нижних конечностях
		4. узел плотный, правильных очертаний

**14. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ СПЕЦИФИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

1. скрофулодерма		1. дно язвы покрыто гноем и вялыми грануляциями
2. сифилитическая гумма		2. язва правильных, округлых очертаний, края ее плотные, отвесные
		3. язва с мягкими истонченными подрытыми краями
		4. дно язвы занято массивным гуммозным стержнем

**15. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЯ ПРИЗНАКОВ ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ**

1. вероятные		1. инфантильный мизинец
2. достоверные		2. седловидный нос
		3. гетчинсоновские зубы
		4. лабиринтная глухота
		5. саблевидные голени
		6. олимпийский лоб

**16. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ ДЛЯ СИФИЛИСА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ**

1. сифилитический ринит
2. истинная пузырьчатка
3. стафилококковый ринит
4. сифилитическая пузырьчатка
5. диффузная инфильтрация Робинсона-Фурнье
6. остеопороз
7. диффузная инфильтрация Гохзингера

**17. СОСТАВЬТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СИМПТОМ АВСИТИДИЙСКОГО ЭТО**

	1. искривление
	2. гудинного конца ключицы
	3. отсутствие
	4. утолщение
	5. истончение
	6. мизинца
	7. укорочение
	8. мечевидного отростка

**18. СОСТАВЬТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКСИФОИДИЯ ЭТО**

	1. отсутствие
	2. загиб
	3. зубов
	4. мечевидного отростка
	5. гудинного конца ключицы
	6. искривление
	7. лобных бугров
	8. истончение

**19. СОСТАВЬТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДИАСТЕМА ГОШЕ ЭТО**

	1. отсутствие
	2. широко расставленные
	3. бочкообразной формы
	4. мечевидного отростка

	5. мизинец
	6. зубы
	7. резцы
	8. искривленный

20. УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ  
 СООТНОШЕНИЕ МАССЫ ПЛАЦЕНТЫ К МАССЕ ПЛОДА ПРИ ВРОЖДЕННОМ  
 СИФИЛИСЕ СОСТАВЛЯЕТ

1. 1:4
2. 1:8
3. 1:3
4. 1:6
5. 1:2

21. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ В ОСТРУЮ СТАДИЮ  
 ЭКЗЕМАТОЗНОГО ПРОЦЕССА НАБЛЮДАЮТСЯ

1. депигментация
2. рубцовая атрофия
3. везикуляция
4. изъязвления
5. мокнутие

22. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕРМАТИТОВ КЛИНИЧЕСКИМ  
 ПРИЗНАКАМ

1. аллергический контактный дерматит		1. возникает в результате сенсбилазации
2. простой контактный дерматит		2. четкие границы
		3. нечеткие границы
		4. не выходит за пределы действия раздражителя
		5. выходит за пределы действия раздражителя
		6. вызывается облигатным раздражителем

23. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ ПРИ ТОКСИКОДЕРМИИ НА КОЖЕ  
 У БОЛЬНЫХ МОЖНО НАБЛЮДАТЬ

1. папулы
2. пузыри
3. бугорки
4. узлы
5. эритема

24. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЯ ФОРМ ЭКЗЕМЫ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ

1. профессиональная экзема		1. улучшение возникает во время отпуска
2. истинная экзема		2. улучшение во время отпуска не наблюдается
		3. возникает после нервного стресса
		4. возникает на производстве

**25. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЯ СТАДИЙ ТЕЧЕНИЯ ЭКЗЕМЫ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ**

1. острая		1. инфильтрация, лихенизация, шелушение, трещины
2. подострая		2. отек, гиперемия, серопапулы, мокнутие
3. хроническая		3. эрозии, корки

**26. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ЭКЗЕМЫ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ**

1. паратравматическая форма		1. образуются высыпания синюшно-розового цвета, с папулами, везикулами, мокнутием, высыпания составляют в диаметре от полутора до трех сантиметров
2. монетовидная форма		2. возникает с присоединением грибкового компонента возникает на фоне трофических нарушений
3. микотическая форма		3. высыпания образуются на том месте, где была травма
4. варикозная форма		4. возникает на фоне трофических нарушений
5. дисгидротическая форма		5. локализация на подошве, ладонях, боковой по верхности пальцев, данная форма характеризуется мокнутием, появлением отеков, пузырьков и узелков

**27. УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ**

МИКРОВЕЗИКУЛЕЗНЫМИ ЗУДЯЩИМИ ВЫСЫПАНИЯМИ НА СТОПАХ И КИСТЯХ ПРОЯВЛЯЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬ ЭКЗЕМЫ, КОТОРАЯ НАЗЫВАЕТСЯ

1. дисгидротическая
2. себорейная
3. профессиональная
4. нумулярная
5. варикозная

**28. УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ**

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРОСТОГО КОНТАКТНОГО ДЕРМАТИТА СООТВЕТСТВУЕТ КЛИНИКЕ

1. туберкулезной волчанки
2. чесотки
3. вульгарного псориаза
4. красного плоского лишая
5. ожога второй степени

**29. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЯ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ**

1. аллергический дерматит		1. высыпания генерализованные
2. экзема		2. эволюционный полиморфизм

		3. серозные колодцы, мокнутие
		4. наличие буллезных высыпаний
		5. течение непродолжительное
		6. локализация высыпаний в месте контакта
		7. длительное, хроническое течение

**30. УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ**

**К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ КОНТАКТНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСЯТСЯ**

1. едкий натр
2. эритемные дозы УФО
3. стиральный порошок
4. соли тяжелых металлов
5. соляная кислота

**31. УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ**

**ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭКЗЕМЫ В ОСТРУЮ СТАДИЮ ПРИМЕНЯЮТ**

1. кортикостероидную мазь
2. примочку с резорцином
3. водно-цинковую взбалтываемую смесь
4. цинковую пасту
5. кортикостероидный крем

**32. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ**

**ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭКЗЕМЫ В ПОДОСТРУЮ СТАДИЮ ПРИМЕНЯЮТ**

1. серную мазь
2. цинковую пасту
3. анилиновые красители
4. водно-цинковую взбалтываемую смесь
5. примочку с резорцином

**33. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ**

**ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭКЗЕМЫ В ХРОНИЧЕСКУЮ СТАДИЮ ПРИМЕНЯЮТ**

1. 20% серную мазь
2. мазь с декспантенолом
3. примочку с резорцином
4. водно-цинковую взбалтываемую смесь
5. кортикостероидную мазь

**34. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ**

**ВЫБЕРИТЕ РАЗНОВИДНОСТИ ТОКСИКОДЕРМИИ**

1. фиксированная
2. гипертрофированная
3. простая
4. множественная
5. распространенная

**35. УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ**

**КЛИНИЧЕСКИМИ РАЗНОВИДНОСТИ ЭКЗЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

1. фиксированная

2. гипертрофическая
3. роговая
4. лизированная
5. бородавчатая

**36. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ  
ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭКЗЕМЫ ХАРАКТЕРНО**

1. чувствительность к горюче-смазочным материалам
2. улучшение во время отпуска
3. связь с психотравмой
4. чувствительность к лекарственным препаратам
5. рецидив во время отпуска

**37. УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ  
ОСЛОЖНЕНИЕМ ТОКСИКОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

1. синдром Дивержи
2. синдром Ядассона
3. синдром Меркельсона-Розенталя
4. синдром Яриша
5. синдром Стивенса-Джонсона

**38. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ  
ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТОКСИКОДЕРМИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

1. синдром Никольского
2. синдром Лайелла
3. синдром Ханта
4. синдром Гужеро
5. синдром Стивенса-Джонсона

**39. УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ  
РОГОВАЯ (ТИЛОТИЧЕСКАЯ) ЭКЗЕМА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ НА**

1. лице
2. ногтевых пластинках
3. ладонях и подошвах
4. волосистой части головы
5. половых органах

**40. УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ  
СЕБОРЕЙНАЯ ЭКЗЕМА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ НА**

1. ладонях
2. подошвах
3. голенях
4. ушных раковинах
5. предплечьях

**41. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ  
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА ПРИМЕНЯЮТ**

1. фторурацил
2. валидол
3. ацикловир
4. тигазон
5. валтрекс

**42. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ  
 НАЗОВИТЕ ФОРМЫ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ**

1. латентная
2. острая
3. генерализованная
4. острейшая
5. подострая

**43. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЯ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ КЛИНИЧЕСКИМ  
 ПРОЯВЛЕНИЯМ ВИРУСНЫХ ДЕРМАТОЗОВ**

1. контагиозный моллюск		1. гигантская
2. опоясывающий лишай		2. гангренозная
		3. ороговевающая
		4. буллезная
		5. кистозная

**44. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЯ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ КЛИНИЧЕСКИМ  
 ПРОЯВЛЕНИЯМ ВИРУСНЫХ ДЕРМАТОЗОВ**

1. опоясывающий лишай		1. повышение температуры отсутствует
2. подошвенная бородавка		2. повышение температуры
		3. сыпь на подошвах
		4. болезненность очагов при пальпации
		5. сыпь по ходу нервных окончаний

**45. УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ  
 ВЫБЕРИТЕ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬГАРНЫХ БОРОДАВОК**

1. криодеструкция
2. применение пластыря с салициловой кислотой
3. химический пиллинг
4. иммуносупрессивные препараты
5. выдавливание содержимого пинцетом

**46. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ  
 ПЕРЕЧИСЛИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ГЕРПЕСЕ**

1. электронная микроскопия
2. полимеразная цепная реакция
3. окрашивание мазка по Грамму с последующей микроскопией
4. иммуноферментный анализ
5. реакция связывания комплемента с кардиолипиновым антигеном

**47. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ  
 ВЫБЕРИТЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КОНТАГИОЗНОГО МОЛЛЮСКА**

1. химический пиллинг
2. диатермокоагуляция
3. криодеструкция
4. иммуносупрессивные препараты
5. хирургическое иссечение

**48. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ  
С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ  
КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК**

1. туберкулезная волчанка
2. кератоакантома
3. миллиум
4. псориаз
5. опоясывающий лишай

**49. УКАЖИТЕ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ  
С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ВУЛЬГАРНЫЕ  
БОРОДАВКИ**

1. скрофулодерма
2. бородавчатый туберкулез кожи
3. бородавчатый невус
4. туберкулезная волчанка
5. угревая болезнь

**50. УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ  
С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ВУЛЬГАРНЫЕ  
БОРОДАВКИ**

1. базалиома
2. себорейный псориаз
3. бородавчатый красный плоский лишай
4. угревая болезнь
5. лепроматозный тип лепры

**5. Список рекомендуемой литературы.**

**Основная литература**

1. Скрипкин Ю.К., Дерматовенерология. Национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-2796-5 - URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>
2. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-4159-6 -URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441596.html>

**Дополнительная литература**

1. Атопический дерматит [Электронный ресурс] / Альбанова В.И., Пампура А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-3778-0 - URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437780.html>
2. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. В.В. Покровского - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-2891-7 - URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428917.html>
3. Генитальная папилломавирусная инфекция [Электронный ресурс] / В. А. Молочков, В. И. Киселёв, Ю. В. Молочкова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-3398-0 - URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433980.html>

4. Дерматологический атлас [Электронный ресурс] / под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-3482-6 - URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434826.html>
5. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней [Электронный ресурс] / Н. Н. Потекаев, В. Г. Акимов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 456 с. - ISBN 978-5-9704-3555-7 - URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435557.html>
6. Инфекции, передающиеся половым путем. Клинические лекции [Электронный ресурс] / под ред. В. Н. Прилепской - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-2752-1 - URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427521.html>
7. Красный плоский лишай и лихеноидные дерматозы [Электронный ресурс] / Молочкова Ю.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 200 с. - ISBN 978-5-9704-3707-0 - URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437070.html>
8. Пигментные опухоли кожи [Электронный ресурс] / Червонная Л. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-3673-8 - URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436738.html>
9. Афоризмы и мудрые высказывания о медицине [Электронный ресурс] / Е.Е. Ачкасов, И.А. Мискарян - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-2929-7 - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429297.html>
10. Внутривенное лазерное осветивание крови в комплексной терапии генитальной герпесвирусной инфекции : учеб. пособие для ординаторов, обучающихся по специальности "дерматовенерология" - 31.08.32 / О. Р. Зиганшин [и др.] ; ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, каф. дерматовенерологии, каф. микробиологии, вирусологии, иммунологии и клин. лаб. диагностики, ФГБУ "ГНЦ ЛМ ФМБА России". - Челябинск ; Тверь : Триада, 2016. - 59 с. : ил.  
(2)
11. Вопросы дерматовенерологии: 90 лет решений : сб. науч. тр., посвящ. 90-летию Курск. обл. клин. кож.-венерол. диспансера / Курск. гос. мед. ун-т, каф. дерматовенерологии, Курск. обл. клин. кож.-венерол. диспансер ; ред.: Л. В. Силина, М. И. Лукашов, Е. В. Письменная. - Курск : КГМУ, 2014. - 98 с. : ил.(2)
12. Дерматовенерология [Электронный ресурс] / Ю. С. Бутов, Н. Н. Потекаев [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 640 с. - ISBN 978-5-9704-4078-0 – URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440780.html>
13. Заболевания придатков кожи: инфекционные и неинфекционные поражения ногтей и волос [Электронный ресурс] : мультимедийное учеб.-метод. пособие по дерматологии [для преподавателей и врачей-дерматовенерологов] / Н. Е. Шварц [и др.] ; Курск. гос. мед. ун-т, каф. дерматовенерологии. - Электрон. дан. - Курск : КГМУ, 2014. – URL : [http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r\\_15/cgiirbis\\_64.exe?LNG=&I21DBN=MIXED&P21DBN=MIXED&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=I=&S21STR=CD%2D1771%2F%D0%97%2D12%2D661732615](http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_15/cgiirbis_64.exe?LNG=&I21DBN=MIXED&P21DBN=MIXED&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=I=&S21STR=CD%2D1771%2F%D0%97%2D12%2D661732615)
14. Заболевания шейки матки и генитальные инфекции [Электронный ресурс] / Прилепская В.Н., Абакарова П.Р., Байрамова Г.Р., Бурменская О.В., Довлетханова Э.Р., Донников А.Е., Здоровенко Т.Б., Коган Е.А., Козаченко А.В., Короткова Н.А., Костава М.Н., Ледина А.В., Межевитинова Е.А., Мгерян А.Н., Мзарелуа Г.М., Назаренко Е.Г., Назарова Н.М., Погосян П.М., Сычева Е.Г., Трофимов Д.Ю., Хлебкова Ю.С., Фофанова И.Ю., Чернова В.Ф., Шиляев А.Ю. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-3406-2 - URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434062.html>
15. Инфекции и секс: туберкулез и другие инфекции урогенитального тракта как причина сексуальных дисфункций [Электронный ресурс] / Е. В. Кульчавеня - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 168 с. - ISBN 978-5-9704-3344-7 - URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433447.html>
16. Компетентностно-ориентированное проектирование рабочей учебной программы в структуре учебно-методического комплекса учебной дисциплины " Дерматовенерология"

- [Текст] : учеб.-метод. пособие для преподавателей мед. фак. высш. учеб. заведений / Л. В. Силина [и др.] ; Курск. гос. мед. ун-т. - Курск : Изд-во КГМУ, 2013. – URL : [http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r\\_15/cgiirbis\\_64.exe?LNG=&I21DBN=MIXED&P21DBN=MIXED&S21STN=1&S21REF=1&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=I=&S21STR=616%2E5%2F%D0%9A%2063%2D293545](http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_15/cgiirbis_64.exe?LNG=&I21DBN=MIXED&P21DBN=MIXED&S21STN=1&S21REF=1&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=I=&S21STR=616%2E5%2F%D0%9A%2063%2D293545)
17. Кожные и венерические болезни. Атлас [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В.В. Владимиров - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 232 с. - ISBN 978-5-9704-3546-5 - Режим доступа: URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970435465.html>
18. Пигментные опухоли кожи [Электронный ресурс] / Червонная Л. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-2897-9 - URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428979.html>
19. Рациональная антимикробная терапия [Электронный ресурс] : руководство для практикующих врачей / под ред. С. В. Яковлева. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 1040 с. (Серия "Рациональная фармакотерапия".) - ISBN 978-5-4235-0171-6 - URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501716.html>
20. Социально значимые инфекции среди населения и мигрантов Санкт-Петербурга : сб. ст. каф. инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии / С.-петерб. гос. ун-т, мед. фак. ; [ред. совет: А. А. Яковлев и др.]. - СПб. : [б. и.], 2015. - 116 с. : ил. (2)
21. Традиционные и инновационные педагогические подходы к развитию научного знания о дерматозах [Электронный ресурс] : мультимед. учеб.-метод. пособие / Л. В. Силина, Е. В. Письменная, А. Е. Пуликов ; Курск. гос. мед. ун-т, каф. дерматовенерологии. - Курск : [б. и.], 2013. – URL : [http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r\\_15/cgiirbis\\_64.exe?LNG=&I21DBN=MIXED&P21DBN=MIXED&S21STN=1&S21REF=1&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=I=&S21STR=CD%2D1514%2F%D0%A1%2036%2D254213](http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_15/cgiirbis_64.exe?LNG=&I21DBN=MIXED&P21DBN=MIXED&S21STN=1&S21REF=1&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=I=&S21STR=CD%2D1514%2F%D0%A1%2036%2D254213)
22. Угри : учеб. пособие для врачей [Электронный ресурс] / В. И. Альбанова, О. В. Забненкова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-3844-2 - URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438442.html>

#### **Периодические издания (журналы):**

1. Российский журнал кожных и венерологических болезней
2. Клиническая дерматология и венерология

#### **Электронное информационное обеспечение и профессиональные базы данных**

- ✓ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи URL: <http://docs.cntd.ru/document/902385272>
- ✓ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1079н "Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при анафилактическом шоке" URL: <http://docs.cntd.ru/document/902395706>
- ✓ Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации. Электронный рубрикатор клинических рекомендаций URL: <http://cr.rosminzdrav.ru/#/>
- ✓ Профессиональные стандарты. Программно - аппаратный комплекс <http://profstandart.rosmintrud.ru/>
- ✓ Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: <http://www.who.int/ru/>
- ✓ КонсультантПлюс. URL: [https://kurskmed.com/department/library/page/Consultant\\_Plus](https://kurskmed.com/department/library/page/Consultant_Plus)
- ✓ Официальный сайт научной электронной библиотеки eLIBRARY.RU. URL: <https://elibrary.ru/>
- ✓ Официальный сайт Национальной электронной библиотеки (НЭБ). URL: <http://нэб.рф/>
- ✓ Федеральная электронная медицинская библиотека. URL: <http://193.232.7.109/feml>

- ✓ База данных международного индекса научного цитирования «Web of science». URL: <http://www.webofscience.com/>
- ✓ Полнотекстовая база данных «Medline Complete». URL: <http://search.ebscohost.com/>
- ✓ Полнотекстовая база данных «Polpred.com Обзор СМИ». URL: <http://polpred.com/>
- ✓ Официальный сайт научной электронной библиотеки «КиберЛенинка». URL: <https://cyberleninka.ru/>
- ✓ Официальный сайт Российского общества дерматовенерологов и косметологов URL: <http://www.rodv.ru>
- ✓ Вестник дерматологии и венерологии (2008-2016) URL: <http://www.vestnikdv.ru/archive.php>

### **Итого:**

- 1) основная литература ЭБС- 2
- 2) дополнительная литература ЭБС-18
- 3) основная литература печатная наименования /экземпляры-0/0
- 4) дополнительная литература печатная наименования /экземпляры-3/6

## **6. Порядок проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации**

По результатам ГИА ординатор имеет право на апелляцию.

Ординатор подает в апелляционную комиссию письменное апелляционное заявление о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена (далее – апелляция).

Апелляция подается лично ординатором в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов ГИА.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;
- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае, удовлетворения апелляции, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении

апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные КГМУ.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в КГМУ обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.