

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»**
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский
Университет)

СОГЛАСОВАНО

Директор Департамента подготовки
кадров высшей квалификации
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России (Пироговский
Университет)

_____ М.В. Хорева

«09» июня 2026 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность

31.08.32 Дерматовенерология

Этап программы ординатуры

Первый этап

Москва, 2026 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с образовательным стандартом специализированного высшего образования по специальности по специальности 31.08.32 Дерматовенерология, утверждённым ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет) "24" июня 2026 г. № 988 рук педагогическими работниками кафедры кожных болезней и косметологии ИНОПР.

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1	Потекаев Николай Николаевич	д. м. н., профессор	Профессор кафедры кожных болезней и косметологии ИНОПР
2	Васенова Виктория Юрьевна	д. м. н., профессор	Профессор кафедры кожных болезней и косметологии ИНОПР
3	Петунина Валентина Вадимовна	к. м. н., доцент	Доцент кафедры кожных болезней и косметологии ИНОПР

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании кожных болезней и косметологии ИНОПР, протокол от «08» июня 2026 г. № 146\26.

Заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии ИНОПР

_____ Н.Н. Потекаев

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации	4
2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание	5
3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций	97
4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации	98

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в первом этапе программы ординатуры по специальности 31.08.32 Дерматовенерология.

Задачи государственной итоговой аттестации

Оценка уровня сформированности универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, установленных образовательным стандартом специализированного высшего образования, утвержденным Университетом самостоятельно (далее – ОС СПбВО).

Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации «Врач-дерматовенеролог (медицинская помощь в амбулаторных условиях)» (медицинская помощь в амбулаторных условиях) – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению первого этапа программы ординатуры и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения первого этапа программы ординатуры, проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных на первом этапе программы ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Коммуникация	УК-2. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-3. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
--	--

Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
--	--

Профессиональные компетенции

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен оказывать первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, заболеваниями волос, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой
	ПК-2. Способен оказывать первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем, урогенитальными инфекциями и с вызванными ими осложнениями
	ПК-3. Способен проводить медицинские освидетельствования и медицинские экспертизы, медицинские осмотры, диспансерное наблюдение в отношении пациента с заболеваниями
	ПК-4. Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала в амбулаторных условиях
	ПК-5. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме в амбулаторных условиях

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствие с требованием ОС СпВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 2 зачетные единицы (72 академических часа), из которых 1,3 зачетные единицы (48 академических часов) отводится на подготовку к государственному экзамену, 0,7 зачетных единиц (24 академических часа) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 1,5 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап - тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний , приобретенных обучающимся в результате освоения первого этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Аттестационное тестирование в соответствии с программой государственного экзамена по специальности

Рекомендации по подготовке	Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника. Тестовый материал охватывает содержание всех обязательных дисциплин (модулей) учебного плана. Каждый обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестовый контроль отводится 60 минут.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений , приобретенных обучающимся в результате освоения первого этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения первого этапа программы ординатуры
Рекомендации по подготовке	Подготовка к практическому этапу осуществляется в процессе освоения первого этапа программы ординатуры, включая симуляционные курсы, клинические практики и самостоятельную работу.
3 этап - собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Итоговое собеседование (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования) по вопросам в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по специальности
Рекомендации по подготовке	Собеседование проводится с целью определения профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Собеседование проводится на основе решения ситуационных вопросов (задач) междисциплинарного характера. Оценке подлежит уровень компетенции выпускника в использовании теоретической базы для решения профессиональных задач.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен.

Тестовые задания (1 этап)

1.	Студент 20 лет, проживающий в общежитии, обратился к дерматовенерологу с жалобами на зуд, усиливающийся в вечернее время. Объективно: в межпальцевых складках кистей, на коже живота выявлены чесоточные ходы, экскориации. Выставлен диагноз «Чесотка». Какое мероприятие является основным для предотвращения распространения инфекции в коллективе общежития в рамках санитарно-противоэпидемических мероприятий?
	А) Изоляция пациента в инфекционный стационар на 10 дней
	Б) Одновременное профилактическое лечение всех контактных лиц и текущая дезинфекция
	В) Профилактический прием антигистаминных препаратов всеми жильцами
	Г) Введение карантина на общежитие сроком на 1 месяц
	Д) Вакцинация контактных лиц
2.	Мать привела на прием ребенка 7 лет с очагом облысения на волосистой части головы. При осмотре в лучах лампы Вуда определяется изумрудно-зеленое свечение. Выставлен диагноз

	«Микроспория». В семье есть кошка, которая часто выходит на улицу. Какое санитарно-гигиеническое мероприятие наиболее важно для предотвращения реинфекции и распространения заболевания?
	А) Кипячение всей одежды членов семьи
	Б) Ветеринарный осмотр и лечение домашнего животного, дезинфекция помещений
	В) Профилактический прием системных антимикотиков всеми членами семьи
	Г) Изоляция ребенка от животного без лечения самого животного
	Д) Ежедневная влажная уборка помещений с использованием хлора
3.	На прием к дерматовенерологу обратился мужчина 28 лет с впервые выявленным сифилисом (первичный период). В рамках санитарного просвещения и первичной профилактики дальнейшего распространения инфекции, какую рекомендацию врач должен дать пациенту?
	А) Воздерживаться от половых контактов в течение одного года
	Б) Обязательное информирование половых партнеров о необходимости обследования и лечения
	В) Сообщить о заболевании работодателю
	Г) Принимать системные антибиотики в профилактических дозах пожизненно
	Д) Использовать только барьерную контрацепцию без информирования партнера
4.	Мужчина 35 лет с вульгарным псориазом находится в стадии ремиссии (PASI 2). Обратился для диспансерного осмотра. Какое направление в санитарном просвещении является ключевым для предотвращения обострения заболевания?
	А) Полный отказ от пребывания на солнце
	Б) Избегание стрессов, ограничение употребления алкоголя, предотвращение травматизации кожи и стрептококковых инфекций
	В) Прием системных глюкокортикостероидов при любых простудных заболеваниях
	Г) Использование жестких мочалок и щелочного мыла для гигиены
	Д) Полное исключение всех жиров из рациона питания
5.	Мать трехлетнего ребенка с атопическим дерматитом обратилась к дерматовенерологу. В настоящее время у ребенка наблюдается стадия неполной ремиссии. Что является основой санитарного просвещения для профилактики рецидивов атопического дерматита?
	А) Ежедневный прием системных антигистаминных препаратов
	Б) Профилактические курсы топических глюкокортикостероидов
	В) Ежедневное использование эмоленов для восстановления барьерной функции кожи и избегание триггеров
	Г) Строгая гипоаллергенная диета без каких-либо исключений
	Д) Регулярные курсы системной антибактериальной терапии
6.	Медсестра школы сообщила дерматовенерологу о выявлении головного педикулеза у ученика 2-го класса. Какую санитарно-гигиеническую инструкцию врач должен дать родителям для предотвращения распространения педикулеза?
	А) Не водить ребенка в школу в течение 1 месяца
	Б) Регулярно осматривать волосы детей, не использовать чужие расчески и головные уборы, стирать одежду в горячей воде
	В) Провести профилактическое лечение системными инсектицидами всем детям в классе
	Г) Закрыть школу на карантин
	Д) Постричь всех детей в классе наголо
7.	Мужчина 30 лет обратился на контрольный осмотр после перенесенного фитофотодерматита предплечий (контакт с борщевиком и последующая инсоляция). Он планирует походы в лес и

	интересуется мерами профилактики повторного возникновения подобных реакций. Какая рекомендация является наиболее обоснованной и эффективной?
	А) Профилактическое нанесение топических глюкокортикостероидов на открытые участки кожи перед выходом на природу
	Б) Прием системных антигистаминных препаратов за час до предполагаемого контакта с растительностью
	В) Ношение одежды с длинным рукавом из плотной ткани и немедленное мытье кожи с мылом при случайном попадании сока растений
	Г) Посещение солярия для формирования «защитного» базового загара перед началом летнего сезона
	Д) Обработка кожи спиртосодержащими антисептиками перед прогулкой для создания защитной пленки
8.	Мужчина 25 лет с гипергидрозом обратился для профилактики рецидивов отрубевидного лишая перед летним сезоном. Какая мера является наиболее эффективной и безопасной согласно клиническим рекомендациям?
	А) Использование шампуней с кетоконазолом или сульфидом селена 1–2 раза в неделю
	Б) Ежедневный профилактический прием системных антимикотиков
	В) Нанесение топических глюкокортикостероидов на кожу туловища
	Г) Полное исключение водных процедур в летний период
	Д) Вакцинация против дрожжеподобных грибов
9.	Женщина 30 лет с рецидивирующим полиморфным фотодерматозом планирует поездку на море. Какое профилактическое мероприятие следует рекомендовать за 2–3 недели до поездки для снижения риска обострения?
	А) Начало приема системных глюкокортикостероидов в высоких дозах
	Б) Ежедневное нанесение на кожу спиртовых растворов для подсушивания
	В) Курс фототерапии узкополосным UVB (311 нм) для индукции толерантности к солнцу
	Г) Полный отказ от пребывания на открытом воздухе в дневное время
	Д) Профилактический прием антигистаминных препаратов I поколения
10.	Мужчина 30 лет обратился на контрольный осмотр после перенесенного фитофотодерматита предплечий (контакт с борщевиком и последующая инсоляция). Он планирует походы в лес и интересуется мерами профилактики повторного возникновения подобных реакций. Какая рекомендация является наиболее обоснованной и эффективной?
	А) Профилактическое нанесение топических глюкокортикостероидов на открытые участки кожи перед выходом на природу
	Б) Прием системных антигистаминных препаратов за час до предполагаемого контакта с растительностью
	В) Ношение одежды с длинным рукавом из плотной ткани и немедленное мытье кожи с мылом при случайном попадании сока растений
	Г) Посещение солярия для формирования «защитного» базового загара перед началом летнего сезона
	Д) Обработка кожи спиртосодержащими антисептиками перед прогулкой для создания защитной пленки
11.	Мужчина 32 лет обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на безболезненную язву на коже полового члена, появившуюся около 2 недель назад. Из анамнеза известно, что 5 недель назад был незащищенный половой контакт. Объективно: на коже венечной борозды эрозия 1,0×0,8 см с плотным инфильтратом в основании, безболезненная при пальпации. Региональные паховые лимфоузлы увеличены, плотные, безболезненные. RPR положительный

	(1:32), РПГА (+++), ИФА anti-Treponema pallidum IgM положительные. Какое действие врача является обязательным в данной ситуации?
	А) Направить пациента в онкологический диспансер
	Б) Заполнить экстренное извещение (форма 058/у) и сообщить в Роспотребнадзор
	В) Направить на медико-социальную экспертизу
	Г) Оформить направление в санаторий
	Д) Ограничиться назначением только наружной терапии
12.	Мать привела на прием ребенка 7 лет с жалобами на очаг облысения на волосистой части головы, появившийся около 2 недель назад. Из анамнеза известно, что в семье есть щенок. Объективно: на коже теменной области очаг округлой формы 3×4 см с четкими границами, покрытый серовато-белыми чешуйками. Волосы в очаге обломаны на уровне 4–6 мм от устья фолликула. При осмотре в лучах лампы Вуда определяется яркое изумрудно-зеленое свечение. Какое действие врача в отношении детского коллектива является обязательным?
	А) Только лечение ребенка без изоляции
	Б) Направить ребенка в общесоматическую больницу
	В) Рекомендовать продолжить посещение школы с использованием шапочки
	Г) Заполнить экстренное извещение, отстранить ребенка от посещения коллектива, организовать осмотр контактных детей и животных
	Д) Провести профилактическую вакцинацию одноклассников
13.	На прием к врачу-дерматовенерологу обратилась студентка 20 лет, проживающая в общежитии, с жалобами на зуд, усиливающийся вечером. Объективно: чесоточные ходы в межпальцевых складках кистей, положительный симптом Горчакова. Выставлен диагноз «Чесотка». Какова тактика врача в отношении контактных лиц?
	А) Наблюдать за ними без назначения лечения
	Б) Госпитализировать их в инфекционное отделение
	В) Назначить им только антигистаминные препараты
	Г) Провести одновременное профилактическое лечение всех контактных лиц
	Д) Изолировать пациентку в бокс на 10 дней
14.	Мужчина 45 лет наблюдается амбулаторно по поводу вульгарного псориаза. В течение последнего месяца состояние ухудшилось: высыпания распространились на 80% поверхности кожи, появилась температура 38,5°C, озноб. Какова тактика врача в амбулаторных условиях?
	А) Усилить наружную терапию топическими ГКС
	Б) Назначить системные ГКС амбулаторно
	В) Экстренно направить на госпитализацию в дерматологический стационар
	Г) Направить на консультацию к ревматологу
	Д) Продолжить наблюдение с коррекцией диеты
15.	Мужчина 42 лет, работающий маляром, обратился с жалобами на высыпания на кистях рук. Объективно: эритема, везикулы, мокнутие. Пациент связывает обострение с использованием нового растворителя. Подозревается профессиональный контактный дерматит. Какое действие врача является верным для подтверждения профессионального характера заболевания?
	А) Назначить только топические ГКС и продолжить наблюдение
	Б) Заполнить направление (форма 057/у) в центр профпатологии для экспертизы связи заболевания с профессией
	В) Немедленно направить на медико-социальную экспертизу
	Г) Заполнить экстренное извещение в Роспотребнадзор
	Д) Рекомендовать смену места работы без документального оформления

16.	Женщина 35 лет успешно закончила курс лечения по поводу раннего сифилиса. Серологические реакции отрицательные. Каков порядок дальнейшего диспансерного наблюдения?
	А) Диспансерное наблюдение с серологическим контролем в течение 3 лет
	Б) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
17.	Мужчина 28 лет на приеме у дерматовенеролога сдал ИФА на ВИЧ, результат оказался положительным. Каков алгоритм действий врача?
	А) Сообщить результат только работодателю пациента
	Б) Назначить антиретровирусную терапию самостоятельно
	В) Направить пациента в Центр профилактики и борьбы со СПИД для подтверждения диагноза (иммуноблот) и постановки на учет
	Г) Заполнить экстренное извещение и госпитализировать в инфекционный стационар
	Д) Ограничиться устной рекомендацией повторить анализ через год
18.	Женщина 65 лет обратилась с жалобами на образование на коже лица. Объективно: узел с перламутровым валиком и телеангиэктазиями. Подозревается базальноклеточный рак. Какова тактика врача в амбулаторных условиях?
	А) Провести криодеструкцию без гистологического исследования
	Б) Направить к онкологу
	В) Назначить курс антибактериальной терапии
	Г) Провести рентгенотерапию
	Д) Рекомендовать наблюдение в течение 1 года
19.	Мужчина 40 лет обратился для осмотра пигментного невуса на спине. При дерматоскопии выявлена атипичная пигментная сеть, голубовато-белая вуаль, атипичные сосуды. Какова тактика врача?
	А) Срочное направление к онкологу для эксцизионной биопсии
	Б) Наблюдение с повторным осмотром через 1 год
	В) Криодеструкция образования
	Г) Назначение наружной терапии топическими ГКС
	Д) Проведение фотодинамической терапии
20.	Мужчина 50 лет обратился с жалобами на распространенную сыпь и повышение температуры. Из анамнеза известно, что 10 дней назад начал прием аллопуринола. Объективно: эритематозная сыпь на 60% поверхности тела, эрозии на слизистой оболочке рта. Подозревается тяжелая токсикодермия. Какова тактика врача?
	А) Назначить антигистаминные препараты и продолжить прием аллопуринола
	Б) Назначить топические ГКС и продолжить наблюдение амбулаторно
	В) Направить на консультацию к аллергологу в плановом порядке
	Г) Провести десенсибилизацию без отмены препарата
	Д) Немедленно отменить аллопуринол и экстренно госпитализировать пациента в стационар
21.	Мужчина 45 лет обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом. Считает себя больным около 5 лет. Объективно: на коже разгибательных поверхностей локтевых и коленных суставов, на волосистой части головы — множественные розовато-красные папулы, сливающиеся в бляшки

	2–4 см в диаметре, покрытые серебристо-белыми чешуйками. Положительный феномен Кебнера. PASI 15. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Красный плоский лишай
	Б) Экзема микробная
	В) Псориаз вульгарный
	Г) Розовый лишай Жибера
	Д) Парапсориаз
22.	Мужчина 45 лет обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей. Считает себя больным около 5 лет. Объективно: на коже разгибательных поверхностей локтевых и коленных суставов, на волосистой части головы — множественные розовато-красные папулы, сливающиеся в бляшки 2–4 см в диаметре, покрытые серебристо-белыми чешуйками. PASI 15. Выставлен диагноз «вульгарный псориаз». Какой из перечисленных видов лечения наиболее уместен в амбулаторных условиях?
	А) Топические глюкокортикостероиды средней активности + аналоги витамина D3 (кальципотриол)
	Б) Системные глюкокортикостероиды
	В) Метотрексат в высоких дозах
	Г) Циклоспорин А
	Д) Биологическая терапия инфликсимабом
23.	Женщина 26 лет с пемфигоидом беременных наблюдается амбулаторно. Какие риски для плода наиболее характерны при данном заболевании?
	А) Высокий риск внутриутробной гибели плода
	Б) Риск преждевременных родов, маловесного плода, транзиторных кожных проявлений у новорожденного
	В) Высокий риск врожденных пороков развития
	Г) Рисков для плода нет, показано плановое кесарево сечение
	Д) Показано прерывание беременности по дерматологическим показаниям
24.	Женщина 34 лет на 30-й неделе беременности обратилась на прием к дерматовенерологу с жалобами на генерализованный кожный зуд, усиливающийся ночью, преимущественно в области ладоней и подошв. Объективно: патологических высыпаний на коже не выявляется, отмечаются лишь следы эксфолиаций. В биохимическом анализе крови — повышение уровня общих желчных кислот до 45 мкмоль/л (норма <10), АЛТ 85 Ед/л, АСТ 72 Ед/л. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Полиморфный дерматоз беременных
	Б) Пемфигоид беременных
	В) Атопический дерматит беременных
	Г) Акушерский (внутрипеченочный) холестаз беременных
	Д) Чесотка
25.	Женщина 28 лет обратилась на прием к дерматовенерологу с жалобами на сухость кожи, зуд, высыпания на коже лица, шеи, в локтевых сгибах. Считает себя больной с детства, обострения весной и осенью. Объективно: на коже лица, шеи, в локтевых подколенных сгибах — диффузная лихенификация, эксфолиации, участки шелушения. SCORAD 25. Какой наиболее вероятный рабочий диагноз?
	А) Экзема истинная
	Б) Красный плоский лишай
	В) Атопический дерматит
	Г) Псориаз

	Д) Розовый лишай Жибера
26.	Женщина 28 лет обратилась на прием к дерматовенерологу с диагнозом «атопический дерматит», SCORAD 25. Какой из перечисленных видов лечения наиболее уместен в амбулаторных условиях?
	А) Системные глюкокортикостероиды
	Б) Топические глюкокортикостероиды средней активности + базовый уход эмолентами
	В) Метотрексат в высоких дозах
	Г) Циклоспорин А
	Д) Биологическая терапия дупилумабом
27.	Женщина 28 лет с atopическим дерматитом (SCORAD 25) наблюдается амбулаторно. Какое обследование необходимо провести для выявления сопутствующей патологии?
	А) Только общий анализ крови
	Б) Общий анализ крови (эозинофилы), IgE общий, консультация аллерголога-иммунолога, при необходимости — патч-тесты
	В) МРТ всего тела
	Г) ПЭТ-КТ
	Д) Только консультация эндокринолога
28.	Женщина 28 лет с atopическим дерматитом (SCORAD 25) наблюдается амбулаторно. Работает офис-менеджером. Каков порядок экспертизы временной нетрудоспособности при обострении заболевания?
	А) Листок нетрудоспособности не выдается
	Б) Листок нетрудоспособности выдается на период обострения (7–10 дней), при необходимости продлевается врачебной комиссией
	В) Немедленное направление на МСЭ
	Г) Запрет на профессиональную деятельность пожизненно
	Д) Продление листка нетрудоспособности до 6 месяцев без обследования
29.	Женщина 28 лет с atopическим дерматитом (SCORAD 25) наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 2 раза в год, при обострении — чаще, поддерживающая базовая терапия эмолентами
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
30.	Студент 20 лет, проживающий в общежитии, обратился к дерматовенерологу с жалобами на зуд, усиливающийся в вечернее время. Объективно: в межпальцевых складках кистей, на коже живота выявлены чесоточные ходы, эскориации. Выставлен диагноз «Чесотка». Какое мероприятие является основным для предотвращения распространения инфекции в коллективе общежития в рамках санитарно-противоэпидемических мероприятий?
	А) Изоляция пациента в инфекционный стационар на 10 дней
	Б) Одновременное профилактическое лечение всех контактных лиц и текущая дезинфекция
	В) Профилактический прием антигистаминных препаратов всеми жильцами
	Г) Введение карантина на общежитие сроком на 1 месяц
	Д) Вакцинация контактных лиц

31.	Мать привела на прием ребенка 7 лет с очагом облысения на волосистой части головы. При осмотре в лучах лампы Вуда определяется изумрудно-зеленое свечение. Выставлен диагноз «Микроспория». В семье есть кошка, которая часто выходит на улицу. Какое санитарно-гигиеническое мероприятие наиболее важно для предотвращения реинфекции и распространения заболевания?
	А) Кипячение всей одежды членов семьи
	Б) Ветеринарный осмотр и лечение домашнего животного, дезинфекция помещений
	В) Профилактический прием системных антимикотиков всеми членами семьи
	Г) Изоляция ребенка от животного без лечения самого животного
	Д) Ежедневная влажная уборка помещений с использованием хлора
32.	На прием к дерматовенерологу обратился мужчина 28 лет с впервые выявленным сифилисом (первичный период). В рамках санитарного просвещения и первичной профилактики дальнейшего распространения инфекции, какую рекомендацию врач должен дать пациенту?
	А) Воздерживаться от половых контактов в течение одного года
	Б) Обязательное информирование половых партнеров о необходимости обследования и лечения
	В) Сообщить о заболевании работодателю
	Г) Принимать системные антибиотики в профилактических дозах пожизненно
	Д) Использовать только барьерную контрацепцию без информирования партнера
33.	Мужчина 35 лет с вульгарным псориазом находится в стадии ремиссии (PASI 2). Обратился для диспансерного осмотра. Какое направление в санитарном просвещении является ключевым для предотвращения обострения заболевания?
	А) Избегание стрессов, ограничение употребления алкоголя, предотвращение травматизации кожи и стрептококковых инфекций
	Б) Полный отказ от пребывания на солнце
	В) Прием системных глюкокортикостероидов при любых простудных заболеваниях
	Г) Использование жестких мочалок и щелочного мыла для гигиены
	Д) Полное исключение всех жиров из рациона питания
34.	Мать трехлетнего ребенка с атопическим дерматитом обратилась к дерматовенерологу. В настоящее время у ребенка наблюдается стадия неполной ремиссии. Что является основой санитарного просвещения для профилактики рецидивов атопического дерматита?
	А) Ежедневный прием системных антигистаминных препаратов
	Б) Профилактические курсы топических глюкокортикостероидов
	В) Ежедневное использование эмоленов для восстановления барьерной функции кожи и избегание триггеров
	Г) Строгая гипоаллергенная диета без каких-либо исключений
	Д) Регулярные курсы системной антибактериальной терапии
35.	Медсестра школы сообщила дерматовенерологу о выявлении головного педикулеза у ученика 2-го класса. Какую санитарно-гигиеническую инструкцию врач должен дать родителям для предотвращения распространения педикулеза?
	А) Не водить ребенка в школу в течение 1 месяца
	Б) Регулярно осматривать волосы детей, не использовать чужие расчески и головные уборы, стирать одежду в горячей воде
	В) Провести профилактическое лечение системными инсектицидами всем детям в классе
	Г) Закрыть школу на карантин
	Д) Постричь всех детей в классе наголо

36.	Мужчина 28 лет с тяжелым бляшечным псориазом (PASI 18), резистентным к наружной терапии, направлен амбулаторно для рассмотрения вопроса о назначении циклоспорина А. У пациента в анамнезе нет хронических заболеваний, но есть семейная история артериальной гипертензии. Какое базовое обследование является строго обязательным перед инициированием данной терапии?
	А) Только общий анализ крови и мочи
	Б) Рентгенография органов грудной клетки и спирометрия
	В) МРТ головного мозга для исключения неврологических осложнений
	Г) Измерение артериального давления и определение уровня креатинина в сыворотке крови
	Д) Повторная биопсия кожи для подтверждения гистологического диагноза
37.	Мужчина 55 лет обратился с жалобами на полное изменение цвета и утолщение ногтевой пластины большого пальца правой стопы с вовлечением матриксной зоны. Микроскопия подтвердила дерматофитию (<i>Trichophyton rubrum</i>). Ранее монотерапия местными средствами была неэффективна. Какой подход к лечению является наиболее обоснованным в данной клинической ситуации?
	А) Монотерапия лечебными лаками для ногтей
	Б) Хирургическое удаление ногтя без системной терапии
	В) Комбинированная терапия: системный антимикотик и механическая или химическая обработка пораженной части ногтя
	Г) Ежедневные ванночки с уксусом или содой
	Д) Назначение топических глюкокортикостероидов под окклюзию
38.	Женщина 65 лет с длительной инсоляцией в анамнезе имеет на коже лба шероховатое эритематозное пятно с плотно спаянными желтоватыми чешуйками. Врач проводит дерматоскопию для уточнения диагноза перед выбором тактики. Какой дерматоскопический признак является наиболее характерным для актинического кератоза?
	А) Древовидные телеангиэктазии и голубовато-серые глобулы
	Б) Атипичная пигментная сеть и бело-голубая вуаль
	В) Симметричная ретикулярная структура с однородной пигментацией
	Г) Эритематозный фон с точечными сосудами и желтоватыми поверхностными чешуйками («клубничный» паттерн)
	Д) Множественные комедоноподобные отверстия и милиумоподобные кисты
39.	Мужчина 40 лет, работающий автомехаником, жалуется на сухость, эритему и болезненные трещины кожи тыла кистей. Симптомы появились через месяц после начала использования нового агрессивного обезжиривателя. Аллергологическое патч-тестирование отрицательное. Каков основной патогенетический механизм развития данного состояния?
	А) Реакция гиперчувствительности замедленного типа (IV тип)
	Б) Прямое токсическое повреждение эпидермального барьера, не зависящее от иммунной системы
	В) Аутоиммунное воспаление с образованием антител к десмоглеинам
	Г) Инфекционный процесс, вызванный золотистым стафилококком
	Д) Нарушение пигментации вследствие воздействия ультрафиолета
40.	Мужчина 32 лет обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже лица вокруг рта и носа, сопровождающиеся умеренным зудом. Считает себя больным около 3 дней. Объективно: на гиперемизированном фоне кожи периоральной области и крыльев носа множественные вялые пузыри с серозным содержимым, часть из которых вскрылась с образованием тонких серовато-жёлтых корок. Регионарные подчелюстные лимфоузлы не увеличены. Температура тела нормальная. Какой наиболее вероятный диагноз?

	А) Простой контактный дерматит
	Б) Вульгарное импетиго
	В) Простой герпес
	Г) Буллёзное импетиго
	Д) Экзема
41.	Мать привела на прием ребенка 3 лет с жалобами на высыпания на коже лица, сопровождающиеся зудом. Считает себя больным около 4 дней. Из анамнеза известно, что в семье есть старший брат с аналогичными высыпаниями. Объективно: на коже щёк, подбородка, вокруг рта множественные тонкостенные пузыри с серозным содержимым, часть из которых вскрылась с образованием эрозий, покрытых тонкими медово-жёлтыми корками. Регионарные подчелюстные лимфоузлы не увеличены. Температура тела нормальная. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Атопический дерматит
	Б) Экзема
	В) Простой герпес
	Г) Вульгарное импетиго
	Д) Буллёзное импетиго
42.	Женщина 28 лет обратилась с жалобами на высыпания на коже голеней, сопровождающиеся болезненностью. Считает себя больной около 5 дней. Из анамнеза известно, что страдает варикозной болезнью нижних конечностей. Объективно: на коже передней поверхности обеих голеней множественные напряжённые пузыри размером до 1 см с мутным серозно-гнойным содержимым, окружённые венчиком гиперемии. Часть пузырей вскрылась с образованием плотных зеленовато-жёлтых корок. Какой наиболее вероятный возбудитель данного заболевания?
	А) <i>Streptococcus pyogenes</i>
	Б) <i>Candida albicans</i>
	В) <i>Pseudomonas aeruginosa</i>
	Г) <i>Escherichia coli</i>
	Д) <i>Staphylococcus aureus</i>
43.	Мужчина 28 лет обратился с жалобами на болезненное образование на коже бедра. Считает себя больным около 10 дней. Объективно: на коже передней поверхности правого бедра инфильтрат 2×2 см багрово-красного цвета с некротическим стержнем в центре, резко болезненный при пальпации. Кожа над инфильтратом напряжена, горячая на ощупь. Региональные паховые лимфоузлы не увеличены. Температура тела 37,5°C. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Фолликулит
	Б) Остиофолликулит
	В) Фурункул
	Г) Карбункул
	Д) Гидраденит
44.	Мужчина 42 лет обратился с жалобами на болезненное образование на коже задней поверхности шеи. Считает себя больным около 7 дней. Из анамнеза известно, что страдает сахарным диабетом 2 типа, не соблюдает диету. Объективно: на коже задней поверхности шеи инфильтрированный багрово-синюшный участок 4×5 см с плотным некротическим стержнем в центре, резко болезненный при пальпации, с признаками флюктуации. Температура тела 38,2°C. Регионарные шейные лимфоузлы увеличены. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Фурункул

	Б) Карбункул
	В) Абсцедирующий фолликулит Гоффмана
	Г) Гидраденит
	Д) Флегмона
45.	Женщина 22 лет обратилась с жалобами на болезненные образования в подмышечных впадинах. Считает себя больной около 5 дней. Объективно: в правой подмышечной области определяется инфильтрат 2×2 см багрово-красного цвета, резко болезненный при пальпации, с признаками флюктуации в центре. Кожа над инфильтратом напряжена. Региональные подмышечные лимфоузлы не увеличены. Температура тела 37,8°C. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Фурункул
	Б) Карбункул
	В) Абсцедирующий фолликулит Гоффмана
	Г) Гидраденит
	Д) Лимфаденит
46.	Мать привела на прием ребенка 6 месяцев с жалобами на высыпания на коже туловища, сопровождающиеся беспокойством ребенка. Считает себя больным около 2 дней. Из анамнеза известно, что ребенок родился доношенным. Объективно: на коже туловища, конечностей множественные эритематозные пятна с отслойкой эпидермиса, определяются вялые пузыри с серозным содержимым, положительный симптом Никольского. Температура тела 38,5°C. Ребенок беспокойный. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Буллезный пемфигOID
	Б) Вульгарная пузырчатка
	В) Стафилококковый синдром ошпаренной кожи
	Г) Буллезное импетиго
	Д) Многоформная экссудативная эритема
47.	Мужчина 45 лет обратился с жалобами на множественные болезненные образования на коже волосистой части головы и задней поверхности шеи. Считает себя больным около 3 недель. Из анамнеза известно, что страдает сахарным диабетом 2 типа. Объективно: на коже волосистой части головы и задней поверхности шеи множественные фолликулярные пустулы, часть из которых вскрылась с образованием эрозий, покрытых гнойно-геморрагическими корками. Определяются участки инфильтрации с признаками флюктуации. Региональные шейные и затылочные лимфоузлы увеличены, болезненны. Температура тела 38,0°C. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Фурункулез
	Б) Карбункул
	В) Абсцедирующий и подрывающий фолликулит Гоффмана
	Г) Фолликулит
	Д) Гидраденит
48.	Женщина 72 лет с хронической сердечной недостаточностью госпитализирована в приемное отделение с диагнозом «рожа правой голени». Объективно: на коже правой голени яркая эритема с четкими границами, валикообразными краями, «языками пламени», выраженный отёк, болезненность, температура 39,5°C. Какой препарат является средством выбора для терапии?
	А) Цефалоспорины III поколения
	Б) Бензилпенициллин в возрастной дозе (с учётом функции почек) или аминопенициллины
	В) Метронидазол

	Г) Флуконазол
	Д) Ацикловир
49.	Мужчина 45 лет, работник мясокомбината, поступил в стационар с жалобами на безболезненное образование на коже предплечья, существующее 4 дня после контакта со шкурой животного. Объективно: на коже предплечья папула, превратившаяся в везикулу, затем в язву с чёрным некротическим струпом в центре, выраженным отёком окружающих тканей, безболезненная при пальпации. Регионарный лимфаденит. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Фурункул
	Б) Сибирская язва (карбункул)
	В) Карбункул
	Г) Гангренозная пиодермия
	Д) Трофическая язва
50.	Мужчина 60 лет с сахарным диабетом 2 типа и хронической сердечной недостаточностью обратился с жалобами на болезненные глубокие язвы на коже голеней с плотными геморрагическими корками. Объективно: на коже обеих голеней множественные глубокие пустулы и язвы с плотными геморрагическими корками, окружённые венчиком гиперемии, болезненные при пальпации. Регионарный лимфаденит. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Эктима вульгарная
	Б) Остиофолликулит
	В) Микробная экзема
	Г) Узловатая эритема
	Д) Плоскоклеточный рак кожи
51.	Мужчина 35 лет, ВИЧ-инфицированный (CD4 150 кл/мл), обратился с жалобами на множественные болезненные высыпания на коже лица, шеи, туловища. Объективно: на коже лица, шеи, туловища множественные глубокие фолликулы и пустулы с гнойным содержимым, часть элементов вскрывается с образованием эрозий, покрытых гнойно-геморрагическими корками. Регионарные лимфоузлы увеличены. Температура тела 37,8°C. Какой наиболее вероятный возбудитель?
	А) Streptococcus pyogenes
	Б) Staphylococcus aureus
	В) Pseudomonas aeruginosa
	Г) Candida albicans
	Д) Mycobacterium tuberculosis
52.	Мужчина 50 лет с хроническим алкоголизмом обратился с жалобами на болезненные высыпания на коже лица, сопровождающиеся лихорадкой. Объективно: на коже носа, щёк, подбородка — множественные пустулы и везикулы с гнойным содержимым, эрозии, покрытые геморрагическими корками. Температура тела 38,5°C. В анамнезе — частые эпизоды подобных высыпаний. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Акне
	Б) Розацеаподобный дерматит
	В) Розовый лишай Жибера
	Г) Демодекоз
	Д) Токсикодермия
53.	Женщина 45 лет с хронической венозной недостаточностью обратилась с жалобами на болезненные высыпания на коже голеней. Объективно: на коже обеих голеней множественные

	поверхностные эрозии овальной формы с ровными краями, покрытые серозно-гнойными корками. Вокруг эрозий определяется венчик гиперемии и отёка. Региональные паховые лимфоузлы не увеличены. Температура тела нормальная. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Экзема микробная
	Б) Экзема варикозная
	В) Эктима вульгарная
	Г) Трофическая язва
	Д) Плоскоклеточный рак кожи
54.	Мужчина 25 лет обратился с жалобами на болезненные высыпания в области наружных половых органов. Объективно: на коже головки полового члена множественные эрозии с фестончатыми краями, покрытые гнойным налётом, болезненные при пальпации. Региональные паховые лимфоузлы увеличены, болезненны. Температура тела 37,5°C. В анамнезе — незащищённый половой контакт 2 недели назад. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Генитальный герпес
	Б) Эрозивный баланит
	В) Твердый шанкр
	Г) Мягкий шанкр
	Д) Кандидозный баланит
55.	Мужчина 40 лет, работающий в горячем цеху, обратился с жалобами на зудящие высыпания на коже шеи, груди, спины. Объективно: на коже шеи, груди, спины множественные мелкие поверхностные пустулы, расположенные в устьях волосяных фолликулов, окружённые венчиком гиперемии. Температура тела нормальная. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вульгарные угри
	Б) Гидраденит
	В) Глубокий фолликулит
	Г) Фурункул
	Д) Поверхностный фолликулит
56.	Женщина 28 лет, кормящая мать, обратилась с жалобами на болезненные высыпания в области сосков. Объективно: на коже ареолы и соска обеих молочных желёз эритема, отёк, трещины, покрытые серозно-геморрагическими корками, болезненные при пальпации и кормлении. Температура тела нормальная. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Атопический дерматит
	Б) Экзема сосков
	В) Кандидоз сосков
	Г) Мастит
	Д) Болезнь Педжета
57.	Мужчина 55 лет с сахарным диабетом 2 типа обратился с жалобами на болезненное образование на коже бедра. Объективно: в указанной области инфильтрат 1,5×1,5 см багрово-красного цвета с некротическим стержнем в центре, резко болезненный при пальпации. Кожа над инфильтратом напряжена. Региональные лимфоузлы не увеличены. Температура тела 37,2°C. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Остиофолликулит
	Б) Фолликулит
	В) Фурункул
	Г) Карбункул
	Д) Гидраденит

58.	Мужчина 38 лет, спортсмен, обратился с жалобами на болезненные высыпания на коже бёдер и ягодиц. Объективно: на коже бёдер и ягодиц множественные глубокие фолликулярные пустулы, часть из которых вскрылась с образованием эрозий, покрытых гнойными корками. В анамнезе — частое использование общего спортивного инвентаря. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вульгарные угри
	Б) Фолликулит (стафилококковый)
	В) Фурункулёз
	Г) Гидраденит
	Д) Чесотка
59.	Женщина 50 лет с ожирением 3 степени обратилась с жалобами на болезненные высыпания в складках кожи под молочными железами. Объективно: в складках кожи под молочными железами эритема, отёк, поверхностные эрозии, покрытые серозно-гнойными корками, болезненные при пальпации. Температура тела нормальная. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Кандидозное интертриго
	Б) Стрептококковое интертриго
	В) Экзема
	Г) Псориаз
	Д) Красный плоский лишай
60.	Мать привела на прием ребенка 7 лет с жалобами на очаг облысения на волосистой части головы, появившийся около 2 недель назад. Из анамнеза известно, что в семье есть котенок. Объективно: на коже теменной области очаг округлой формы 3×4 см с четкими границами, покрытый серовато-белыми чешуйками. Волосы в очаге обломаны на уровне 4–6 мм от устья фолликула. При осмотре в лучах лампы Вуда определяется яркое изумрудно-зеленое свечение. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Трихофития
	Б) Микроспория
	В) Фавус
	Г) Очаговая алопеция
	Д) Себорейный дерматит
61.	Мужчина 35 лет обратился с жалобами на шелушение на коже туловища, не сопровождающееся зудом. Считает себя больным около 3 месяцев. Связывает обострение с летним сезоном и повышенной потливостью. Объективно: на коже спины и груди множественные пятна розовато-жёлтого и коричневатого цвета, покрытые мелкими отрубевидными чешуйками. При обработке раствором 5% йода очаги приобретают тёмно-коричневый цвет. К какому роду относится возбудитель данного заболевания?
	А) Trichophyton
	Б) Microsporum
	В) Malassezia
	Г) Candida
	Д) Epidermophyton
62.	Мужчина 45 лет обратился с жалобами на поражение ногтей на стопах. Объективно: ногтевые пластинки I и II пальцев обеих стоп утолщены, желтовато-серого цвета, с участками онихолизиса, подногтевой гиперкератоз до 3 мм. При микроскопии соскоба с пораженных ногтей выявлен септированный мицелий. Какой наиболее вероятный возбудитель?

	A) <i>Microsporum canis</i>
	Б) <i>Epidermophyton floccosum</i>
	В) <i>Candida albicans</i>
	Г) <i>Malassezia furfur</i>
	Д) <i>Trichophyton rubrum</i>
63.	Женщина 26 лет обратилась с жалобами на зудящие высыпания в паховых складках. Объективно: в пахово-бедренных складках с обеих сторон симметричные эритематозные очаги 5×8 см с четкими границами, периферическим валиком из пузырьков и корочек, центральным разрешением и мелкопластинчатым шелушением. При микроскопии соскоба с периферии очага выявлен септированный мицелий. Какой наиболее вероятный возбудитель?
	A) <i>Trichophyton rubrum</i>
	Б) <i>Microsporum canis</i>
	В) <i>Epidermophyton floccosum</i>
	Г) <i>Malassezia furfur</i>
	Д) <i>Candida albicans</i>
64.	Мужчина 50 лет с сахарным диабетом 2 типа обратился с жалобами на зудящие высыпания в складках кожи. Объективно: в паховых складках, под молочными железами (у женщин), в подмышечных впадинах ярко-красная эритема с четкими границами, мацерация эпидермиса по периферии, эрозии, покрытые белесоватыми творожистыми налетами. При микроскопии соскоба — псевдомицелий и бластоконидии. Какой наиболее вероятный диагноз?
	A) Паховая эпидермофития
	Б) Кандидозное интертриго
	В) Микроспория гладкой кожи
	Г) Трихофития гладкой кожи
	Д) Отрубевидный лишай
65.	Мужчина 40 лет обратился с жалобами на поражение ногтя большого пальца стопы. Объективно: ногтевая пластинка I пальца стопы утолщена, желтоватого цвета, подногтевой гиперкератоз. При микроскопии соскоба — септированный мицелий. Какой препарат является средством выбора для системной терапии онихомикоза, вызванного <i>Trichophyton rubrum</i> ?
	A) Флуконазол
	Б) Вориконазол
	В) Тербинафин
	Г) Нистатин
	Д) Кетоконазол
66.	Мужчина 25 лет обратился с жалобами на высыпания на коже лица, сопровождающиеся зудом. Объективно: на коже щёк, подбородка, лба множественные розовато-красные папулы и пустулы, часть из которых вскрылась с образованием эрозий, покрытых тонкими корками. При микроскопии соскоба — псевдомицелий и бластоконидии. Какой наиболее вероятный диагноз?
	A) Вульгарные угри
	Б) Кандидоз кожи лица
	В) Розацеа
	Г) Демодекоз
	Д) Себорейный дерматит
67.	Мужчина 30 лет, путешественник, вернулся из поездки в страны Юго-Восточной Азии с жалобами на безболезненный узел на коже предплечья, который постепенно изъязвился. По

	ходу лимфатических сосудов предплечья определяются аналогичные узлы, расположенные линейно. В анамнезе — травма шипом растения 2 месяца назад. При микроскопии биоптата — овальные и сигаровидные дрожжеподобные клетки, расположенные внутри гигантских клеток и гистиоцитов. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Кожный лейшманиоз
	Б) Атипичный микобактериоз
	В) Хромомикоз
	Г) Споротрихоз (лимфангоитическая форма)
	Д) Туберкулез кожи
68.	Мужчина 55 лет, ВИЧ-инфицированный (CD4 80 кл/мл), поступил с распространенными кожными проявлениями. Объективно: на коже туловища, конечностей множественные плотные узлы и бляшки с изъязвлениями, поражены слизистые полости рта. При микроскопии биоптата — дрожжеподобные клетки с двойным контуром и капсулой, при окраске метенамином серебра — черные округлые образования. Какой наиболее вероятный возбудитель?
	А) <i>Trichophyton rubrum</i>
	Б) <i>Malassezia furfur</i>
	В) <i>Sporothrix schenckii</i>
	Г) <i>Coccidioides immitis</i>
	Д) <i>Cryptococcus neoformans</i>
69.	Мужчина 45 лет, строитель, поступил с жалобами на безболезненное образование на коже правой стопы, существующее около 2 лет. Объективно: на коже подошвы плотный инфильтрат 4×5 см с множественными свищевыми ходами, из которых при надавливании выделяется гной с черными гранулами. При микроскопии гранул — мицелий гриба. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Споротрихоз
	Б) Хромомикоз
	В) Кокцидиоидомикоз
	Г) Бластомикоз
	Д) Мицетома
70.	Мужчина 62 лет с сахарным диабетом 2 типа и хронической сердечной недостаточностью поступил с распространенным поражением кожи и слизистых. Объективно: на коже туловища, в складках, на слизистых полости рта — творожистые налеты, эрозии, мацерация. При микроскопии — псевдомицелий и бластоконидии. В крови — повышение уровня β-D-глюкана. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Поверхностный кандидоз кожи
	Б) Разноцветный лишай
	В) Дерматофития гладкой кожи
	Г) Диссеминированный кандидоз
	Д) Микроспория
71.	Мужчина 68 лет с хроническим лимфолейкозом поступил с распространенным поражением кожи. Объективно: на коже туловища, конечностей множественные плотные узлы и бляшки с изъязвлениями, покрытые некротическими корками. При гистологии биоптата — в дерме широкие несептированные гифы с инвазией в сосуды. Какой наиболее вероятный возбудитель?
	А) <i>Candida albicans</i>
	Б) <i>Aspergillus fumigatus</i>

	В) <i>Trichophyton rubrum</i>
	Г) <i>Mucor</i> spp.
	Д) <i>Sporothrix schenckii</i>
72.	У пациента 38 лет с острым миелоидным лейкозом на фоне длительной нейтропении (нейтрофилы $<0,2 \times 10^9/\text{л}$) развилась фебрильная лихорадка до $39,5^\circ\text{C}$, не купирующаяся антибактериальной терапией. Объективно: на коже туловища, конечностей множественные болезненные эритематозные узлы с центральной некротической зоной. При гистологии биоптата — инвазия гиф гриба в стенки сосудов с тромбозом и некрозом. Какой возбудитель наиболее вероятен?
	А) <i>Candida albicans</i>
	Б) <i>Trichophyton mentagrophytes</i>
	В) <i>Malassezia furfur</i>
	Г) <i>Microsporum canis</i>
	Д) <i>Aspergillus fumigatus</i>
73.	Женщина 32 лет, вернувшаяся из командировки в страны Центральной Америки, поступила с жалобами на кашель, лихорадку, болезненные высыпания на коже. Объективно: на коже голеней, предплечий множественные эритематозные узлы с изъязвлениями. При рентгенографии органов грудной клетки — очаговые инфильтраты в легких. При микроскопии мокроты и биоптата кожи — крупные сферулы с эндоспорами. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Туберкулез легких и кожи
	Б) Споротрихоз диссеминированный
	В) Гистоплазмоз
	Г) Бластомикоз
	Д) Кокцидиоидомикоз
74.	Мужчина 55 лет с фавусом волосистой части головы получает системную терапию. Какие критерии являются основанием для снятия пациента с диспансерного наблюдения?
	А) Отрицательные результаты микроскопии и посева 3 раза подряд с интервалом 7 дней, клиническое разрешение очагов
	Б) Однократный отрицательный результат микроскопии
	В) Исчезновение клинических проявлений
	Г) Отрицательная реакция Вассермана
	Д) Нормализация уровня IgE
75.	В организованном коллективе (детский сад) выявлен случай микроспории волосистой части головы у ребенка 6 лет. Какие противоэпидемические мероприятия должны быть проведены в очаге?
	А) Только лечение больного ребенка
	Б) Обследование и профилактическое лечение всех контактных детей
	В) Одновременное обследование всех контактных лиц, отстранение больного от посещения коллектива, текущая и заключительная дезинфекция, осмотр домашних животных ветеринаром
	Г) Вакцинация всех детей
	Д) Закрытие детского сада на карантин
76.	Мужчина 40 лет с тотальным онихомикозом всех ногтей на стопах (подногтевой гиперкератоз более 3 мм) получает комбинированную терапию. Какой принцип лечения является наиболее обоснованным?

	А) Только наружная терапия антимикотическими лаками
	Б) Только системная терапия тербинафином
	В) Комбинированная терапия: системный антимикотик + наружная терапия + удаление пораженных участков ногтевой пластины
	Г) Хирургическое удаление всех ногтевых пластинок
	Д) Только физиотерапевтическое лечение
77.	Мужчина 45 лет с сахарным диабетом и ожирением после успешного лечения распространенного микоза гладкой кожи обратился с рецидивом через 3 месяца. Какие факторы наиболее вероятно способствовали рецидиву?
	А) Генетическая предрасположенность
	Б) Аллергический анамнез
	В) Неустраненные факторы риска: сахарный диабет, ожирение
	Г) Прием антигистаминных препаратов
	Д) Ультрафиолетовое облучение
78.	Мужчина 50 лет с распространенным онихомикозом получает тербинафин 250 мг/сут в течение 12 недель. На каком механизме основано действие данного препарата?
	А) Ингибирование скваленэпоксидазы с нарушением синтеза эргостерола
	Б) Связывание с β -тубулином гриба с нарушением митоза
	В) Ингибирование синтеза β -1,3-глюкана клеточной стенки
	Г) Нарушение проницаемости клеточной мембраны за счет связывания с эргостеролом
	Д) Ингибирование синтеза ДНК гриба
79.	Мужчина 45 лет с ВИЧ-инфекцией (CD4 50 кл/мл) поступил с распространенным поражением кожи и слизистых. Объективно: на коже туловища, конечностей, слизистых полости рта и пищевода — творожистые налеты, эрозии, мацерация. При микроскопии — псевдомицелий и бластоконидии. Какой препарат является средством выбора для терапии в стационаре?
	А) Нистатин местно
	Б) Флуконазол системно
	В) Гризеофульвин
	Г) Тербинафин
	Д) Амфотерицин В в/в
80.	Мужчина 25 лет обратился с жалобами на болезненные высыпания на коже красной каймы губ, появившиеся 2 дня назад на фоне переохлаждения. Из анамнеза известно, что подобные эпизоды возникают 3–4 раза в год. Объективно: на коже красной каймы верхней губы определяются сгруппированные везикулы с серозным содержимым на эритематозном фоне, часть элементов вскрылась с образованием эрозий, покрытых геморрагическими корками. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Опоясывающий герпес
	Б) Простой герпес (Herpes simplex)
	В) Герпетиформный дерматит Дюринга
	Г) Многоформная экссудативная эритема
	Д) Импетиго
81.	Женщина 30 лет страдает рецидивирующим генитальным герпесом (обострения 8 раз в год). Объективно в период ремиссии: видимых высыпаний нет. Какой режим противовирусной терапии наиболее показан данному пациенту для снижения частоты рецидивов?
	А) Эпизодический прием ацикловира 400 мг 3 раза в сутки при появлении продромы
	Б) Прием валацикловира 500 мг 1 раз в сутки длительно (от 6 до 12 месяцев)

	В) Ежемесячное внутривенное введение панавира
	Г) Наружное применение крема с ацикловиром 2 раза в неделю
	Д) Системная антибактериальная терапия
82.	Мужчина 65 лет обратился с жалобами на интенсивную жгучую боль и высыпания на коже левой половины грудной клетки. Считает себя больным 4 дня. Объективно: на коже левой половины грудной клетки по ходу IV–V межреберий определяются группированные везикулы и пустулы на отечном эритематозном фоне, расположенные линейно, не переходящие среднюю линию тела. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Простой герпес
	Б) Опоясывающий герпес (Herpes zoster)
	В) Рожистое воспаление
	Г) Аллергический контактный дерматит
	Д) Буллезный пемфигоид
83.	Мужчина 65 лет с опоясывающим герпесом (поражение грудного дерматома, умеренная боль) нуждается в назначении этиотропной терапии. Какой препарат и режим дозирования являются препаратами выбора согласно клиническим рекомендациям?
	А) Ацикловир 200 мг 5 раз в сутки 5 дней
	Б) Валацикловир 1000 мг 3 раза в сутки 7 дней
	В) Фамцикловир 250 мг 1 раз в сутки 10 дней
	Г) Интерферон альфа внутримышечно 10 дней
	Д) Тилорон 125 мг 1 раз в неделю
84.	Мужчина 70 лет перенес опоясывающий герпес с поражением грудного дерматома 3 месяца назад. Кожные высыпания разрешились, однако пациента беспокоит интенсивная жгучая боль, аллодиния в зоне бывших высыпаний. Какое осложнение развилось у пациента?
	А) Серозный менингит
	Б) Поперечный миелит
	В) Постгерпетическая невралгия
	Г) Двигательная невропатия
	Д) Синдром Рамсея-Ханта
85.	Мать привела на прием ребенка 10 лет с жалобами на образование на коже тыльной поверхности кисти. Объективно: на коже указанной области определяется одиночный плотный узелок диаметром 0,5 см с гиперкератотической, шероховатой поверхностью, телесного цвета, безболезненный при пальпации. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вульгарная бородавка (verruca vulgaris)
	Б) Контагиозный моллюск
	В) Кератома
	Г) Кератоакантома
	Д) Фиброма
86.	Мужчина 35 лет обратился с жалобами на болезненное образование на подошве правой стопы, мешающее при ходьбе. Объективно: в области головки I плюсневой кости определяется плотная гиперкератотическая бляшка диаметром 1,5 см, болезненная при боковом сдавливании. После снятия рогового слоя видны тромбированные капилляры в виде черных точек. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Мозоль
	Б) Подошвенная бородавка
	В) Ладонно-подошвенный псориаз

	Г) Актиномикоз
	Д) Плоскоклеточный рак
87.	Мужчина 28 лет обратился с жалобами на высыпания в аногенитальной области. Объективно: на коже венечной борозды, внутренней поверхности крайней плоти и перианальной области определяются множественные мягкие экзофитные папулы телесного и розового цвета, склонные к слиянию, похожие на петушиный гребень. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Широкие кондиломы
	Б) Остроконечные кондиломы
	В) Контагиозный моллюск
	Г) Жемчужные папулы полового члена
	Д) Плоские бородавки
88.	Мужчина 28 лет с диагнозом «остроконечные кондиломы» нуждается в лечении. Какой метод является наиболее предпочтительным для деструкции единичных мелких элементов в амбулаторных условиях?
	А) Системная антибактериальная терапия
	Б) Криодеструкция жидким азотом или нанесение подофиллотоксина
	В) Системные глюкокортикостероиды
	Г) Удаление хирургическим скальпелем под общим наркозом
	Д) Назначение системных антимикотиков
89.	Мать привела на прием ребенка 6 лет с жалобами на высыпания на коже туловища. Объективно: на коже боковых поверхностей туловища определяются множественные изолированные полусферические папулы диаметром 2–4 мм телесного цвета с пупкообразным вдавлением в центре. При сдавливании пинцетом выделяется творожистая масса. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вульгарные бородавки
	Б) Ветряная оспа
	В) Контагиозный моллюск
	Г) Фолликулярный кератоз
	Д) Красный волосистой кожи Девержи
90.	Ребенку 6 лет с диагнозом «контагиозный моллюск» (множественные элементы на туловище) необходимо назначить лечение. Какой метод является наиболее обоснованным?
	А) Системная противовирусная терапия ацикловиром
	Б) Механическое удаление элементов (кюретаж, пинцет)
	В) Наружная терапия топическими глюкокортикостероидами
	Г) Системная антибактериальная терапия
	Д) Ограничиться только наблюдением без вмешательства до 18 лет
91.	Мужчина 35 лет с ВИЧ-инфекцией (CD4 45 кл/мкл) обратился с жалобами на высыпания на коже лица. Объективно: на коже лица, шеи множественные гигантские (до 2–3 см) узлы с пупкообразным вдавлением, склонные к слиянию и изъязвлению. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Базальноклеточный рак
	Б) Гигантский контагиозный моллюск
	В) Криптококкоз кожи
	Г) Вульгарные угри
	Д) Вульгарная пузырчатка

92.	Мать привела на прием ребенка 1 года с жалобами на высокую лихорадку (39,5°C) в течение 3 дней. На 4-й день температура нормализовалась, но на коже туловища и шеи появилась обильная мелкопятнистая розовая сыпь, которая исчезла через 2 дня. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Корь
	Б) Краснуха
	В) Внезапная экзантема
	Г) Скарлатина
	Д) Инфекционный мононуклеоз
93.	Мать привела на прием ребенка 5 лет с жалобами на высыпания на коже. Ребенок болен 2 дня, отмечалась температура 37,8°C. Объективно: на коже туловища, волосистой части головы определяются полиморфные высыпания (пятна, папулы, везикулы с серозным содержимым, корочки). Отмечается ложный полиморфизм. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Корь
	Б) Ветряная оспа
	В) Натуральная оспа
	Г) Опоясывающий герпес
	Д) Строфулюс
94.	Мужчина 25 лет госпитализирован с тяжелой формой ветряной оспы: температура 39,5°C, обильные геморрагические высыпания на коже и слизистых, кашель, одышка. Рентгенологически выявлены двусторонние очаговые инфильтраты (ветряночная пневмония). Какой препарат является средством выбора для системной терапии?
	А) Амоксициллин/клавуланат
	Б) Ацикловир внутривенно 10 мг/кг каждые 8 часов
	В) Валацикловир per os
	Г) Системные глюкокортикостероиды
	Д) Иммуноглобулин человеческий нормальный
95.	Девушка 19 лет, не привитая, обратилась с жалобами на лихорадку, кашель, конъюнктивит. Объективно: на слизистой щек определяются белесоватые пятна, окруженные венчиком гиперемии (пятна Бельского-Филатова-Коплика). На следующий день появилась пятнисто-папулезная сыпь, начавшаяся с лица и распространяющаяся вниз. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Корь
	Б) Краснуха
	В) Скарлатина
	Г) Инфекционный мононуклеоз
	Д) Розеола
96.	Женщина 22 лет обратилась с жалобами на умеренную лихорадку, мелкопятнистую сыпь на туловище и увеличение заднешейных и затылочных лимфоузлов. Из анамнеза известно, что беременна (8 недель гестации). Какой наиболее вероятный диагноз и какова главная опасность для плода?
	А) Корь; риск энцефалита
	Б) Краснуха; риск синдрома врожденной краснухи (катаракта, глухота, пороки сердца)
	В) Ветряная оспа; риск врожденной ветряночной эмбриопатии
	Г) Цитомегаловирусная инфекция; риск микроцефалии
	Д) Парвовирусная инфекция; риск водянки плода

97.	Юноша 18 лет обратился с жалобами на боль в горле, слабость, увеличение шейных лимфоузлов. Участковый врач назначил амоксициллин. Через 3 дня на коже туловища появилась обильная макулопапулезная сыпь. В анализе крови: атипичные мононуклеары 15%. Какой наиболее вероятный диагноз? А) Аллергическая токсикодермия на амоксициллин Б) Инфекционный мононуклеоз (вирус Эпштейна-Барр) В) Корь Г) Сифилис вторичный Д) ВИЧ-инфекция (острая стадия)
98.	Мать привела на прием ребенка 4 лет с жалобами на высыпания на коже и во рту. Объективно: на коже ладоней, подошв, боковых поверхностях пальцев определяются плотные сероватые везикулы с эритематозным венчиком. На слизистой щек и языка — болезненные афты и эрозии. Какой наиболее вероятный диагноз? А) Ветряная оспа Б) Герпетический стоматит В) Синдром «рука-нога-рот» Г) Многоформная экссудативная эритема Д) Синдром Стивенса-Джонсона
99.	Ребенок 6 лет обратился с жалобами на высыпания на лице. Объективно: на коже щек определяется яркая сливная эритема («симптом нахлопанных щек»), на коже туловища и конечностей — кружевная, сетчатая эритема. Общее состояние удовлетворительное. Какой возбудитель является причиной данного заболевания? А) Вирус герпеса 6 типа Б) Парвовирус В19 В) Вирус Коксаки Г) Вирус кори Д) Аденовирус
100.	Студент 20 лет, проживающий в общежитии, обратился с жалобами на интенсивный зуд, усиливающийся в ночное время. Объективно: в межпальцевых складках кистей, на сгибательных поверхностях запястий, в области пупка определяются парные точечные элементы, линейные ходы сероватого цвета, экскориации, геморрагические корочки. Положительный симптом Горчакова. Какой наиболее вероятный диагноз? А) Атопический дерматит Б) Демодекоз В) Педикулез Г) Строфулюс Д) Чесотка
101.	Мужчина 25 лет с диагнозом «чесотка» нуждается в назначении этиотропной терапии. Какой препарат является средством первой линии для наружного лечения согласно клиническим рекомендациям? А) Серная мазь 33% Б) Бензилбензоат 20% эмульсия В) Топические глюкокортикостероиды Г) Системные антигистаминные препараты Д) Ивермектин

102.	У пациента 25 лет диагностирована чесотка. Пациент проживает в семье с женой и ребенком. У контактных лиц жалоб на зуд нет. Какова тактика врача в отношении членов семьи?
	А) Наблюдение в течение 2 недель, лечение при появлении симптомов
	Б) Одновременное профилактическое лечение всех контактных лиц
	В) Обследование с помощью лампы Вуда
	Г) Назначение системных антибиотиков
	Д) Изоляция пациента в стационар
103.	Мужчина 55 лет с синдромом Дауна и алкоголизмом госпитализирован с распространенным поражением кожи. Объективно: на коже туловища, конечностей, кистей определяются массивные грязно-серые корки, гиперкератоз, трещины. Зуд умеренный. При микроскопии соскоба обнаружено огромное количество клещей <i>Sarcoptes scabiei</i> на всех стадиях развития. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Микробная экзема
	Б) Норвежская чесотка
	В) Псориаз эритродермический
	Г) Болезнь Дарье
	Д) Грибовидный микоз
104.	Пациент 28 лет прошел полноценный курс лечения чесотки бензилбензоатом. Контрольная микроскопия соскоба отрицательная (клещей и яиц нет). Однако пациент продолжает предъявлять жалобы на интенсивный зуд, особенно ночью, сохраняются единичные папулы. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Реинфекция чесоткой
	Б) Резистентность клеща к препарату
	В) Постскабиозный зуд
	Г) Присоединение грибковой инфекции
	Д) Развитие атопического дерматита
105.	Мать привела на прием ребенка 8 лет с жалобами на зуд кожи волосистой части головы. Объективно: на коже затылочной и височных областей определяются экскориации, геморрагические корочки. На стержнях волос определяются белесоватые капсулы, которые с трудом удаляются. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Микроспория
	Б) Педикулез головной
	В) Себорейный дерматит
	Г) Псориаз волосистой части головы
	Д) Трихофития
106.	Ребенку 8 лет с диагнозом «педикулез головной» необходимо назначить лечение. Какой метод является наиболее эффективным и безопасным?
	А) Сбривание волос наголо
	Б) Наружное применение топических глюкокортикостероидов
	В) Мытье головы дегтярным мылом
	Г) Системный прием антигистаминных препаратов
	Д) Обработка волос инсектицидными лосьонами
107.	Мужчина 45 лет без определенного места жительства госпитализирован в соматический стационар с жалобами на зуд туловища. Объективно: на коже туловища, в области лопаток, поясницы множественные экскориации, точечные геморрагические корочки, участки

	лихенификации, голубоватые пятна. При осмотре одежды обнаружены насекомые в швах нательного белья. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Чесотка
	Б) Педикулез платяной
	В) Пуликоз
	Г) Демодекоз
	Д) Церкариоз
108.	Мужчина 25 лет обратился с жалобами на зуд в паховой области. Объективно: на коже лобка, мошонки, внутренней поверхности бедер определяются эскориации, голубоватые пятна. На волосах лобка обнаружены мелкие подвижные насекомые серовато-коричневого цвета и гниды. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Чесотка
	Б) Педикулез головной
	В) Педикулез лобковый
	Г) Эритразма
	Д) Кандидозный баланопостит
109.	Женщина 45 лет обратилась с жалобами на покраснение кожи лица, зуд, ощущение «песка в глазах». Объективно: на коже щек, крыльев носа, подбородка эритема, телеангиэктазии, папулы, пустулы. Края век гиперемированы, у корней ресниц определяются чешуйки и муфточки. При микроскопии ресниц обнаружено более 5 клещей <i>Demodex folliculorum</i> . Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Розацеа
	Б) Демодекоз
	В) Периоральный дерматит
	Г) Системная красная волчанка
	Д) Себорейный дерматит
110.	Женщина 45 лет с подозрением на демодекоз нуждается в лабораторном подтверждении диагноза. Какой метод исследования является наиболее информативным?
	А) Бактериологический посев отделяемого из пустул
	Б) Микроскопия соскоба с кожи лица и эпилированных ресниц для обнаружения клещей
	В) Определение уровня IgE в сыворотке крови
	Г) Биопсия кожи с гистологическим исследованием
	Д) Осмотр в лучах лампы Вуда
111.	Мужчина 30 лет, вернувшийся из отпуска в Таиланд, обратился с жалобами на зудящие высыпания на коже стоп. Объективно: на коже тыльной поверхности стоп и голеней определяются серпигинирующие эритематозные валики, возвышающиеся над кожей, длиной до 10 см, с продвижением на несколько миллиметров в день. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Рожистое воспаление
	Б) Cutaneous larva migrans
	В) Споротрихоз
	Г) Лейшманиоз кожи
	Д) Чесотка
112.	Мужчина 35 лет обратился с жалобами на зудящие высыпания на коже шеи, плеч, предплечий. Связывает появление с ночевкой в дешевом хостеле. Объективно: на коже открытых участков

	тела определяются линейно расположенные (по 3–4 элемента) эритематозные папулы с геморрагической точкой в центре. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Пуликоз (укусы блох)
	Б) Цимикоз (укусы постельных клопов)
	В) Чесотка
	Г) Аллергический контактный дерматит
	Д) Стрептококк
113.	Мужчина 40 лет, лесник, обратился с жалобами на обнаружение присосавшегося насекомого на коже правого бедра. Объективно: в коже инкапсулировано членистоногое с раздутым брюшком (иксодовый клещ). Эритемы вокруг нет. Какова наиболее правильная тактика врача?
	А) Обильно смазать клеща маслом и ждать, пока он отпадет сам
	Б) Механическое удаление клеща с помощью пинцета/нитевого захвата, обработка раны антисептиком, направление клеща на исследование или наблюдение за пациентом 21 день
	В) Хирургическое иссечение участка кожи с клещом
	Г) Прижигание клеща горячей спичкой
	Д) Назначение системных глюкокортикостероидов
114.	Мужчина 45 лет обратился с жалобами на появление высыпаний на коже правого бедра. Считает себя больным около 2 недель. Связывает начало заболевания с укусом клеща. Объективно: на коже бедра эритематозный ободок диаметром 12 см с центральным просветлением и периферическим ярким валиком. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Розовый лишай Жибера
	Б) Болезнь Лайма
	В) Отрубевидный лишай
	Г) Микоз гладкой кожи
	Д) Многоформная экссудативная эритема
115.	Мужчина 45 лет обратился с жалобами на появление высыпаний на коже правого бедра. Считает себя больным около 2 недель. Связывает начало заболевания с укусом клеща. Объективно: на коже бедра эритематозный ободок диаметром 12 см с центральным просветлением и периферическим ярким валиком. Какой препарат является средством выбора для этиотропной терапии на данной стадии?
	А) Доксициклин
	Б) Ацикловир
	В) Флуконазол
	Г) Метронидазол
	Д) Преднизолон
116.	Мужчина 30 лет обратился с жалобами на слабость, головную боль, боли в суставах. Из анамнеза известно, что 2 года назад отмечал присасывание клеща, затем на бедре было красное пятно, которое самостоятельно исчезло. Объективно: на коже тыльной поверхности кистей и ушных раковинах определяются синюшно-красные плотные бляшки с атрофией в центре. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Системная красная волчанка
	Б) Саркоидоз кожи
	В) Болезнь Лайма
	Г) Склеродермия системная
	Д) Красный плоский лишай

117.	Женщина 25 лет, студентка, обратилась в травмпункт в связи с присасыванием клеща к коже правой голени. Клещ удален самостоятельно, доставлен в баночке. Регион проживания эндемичен по болезни Лайма и клещевому энцефалиту. Пациентка привита против клещевого энцефалита 3 года назад (ревакцинация не проводилась). Какова тактика в отношении профилактики болезни Лайма?
	А) Только наблюдение в течение 21 дня без назначения препаратов
	Б) Экстренная профилактика доксициклином 100 мг 2 раза в сутки в течение 5-10 дней
	В) Введение специфического иммуноглобулина против боррелий
	Г) Назначение ацикловира в профилактической дозе
	Д) Вакцинация против болезни Лайма
118.	Мужчина 50 лет обратился с жалобами на увеличение эритематозного пятна на коже правого бедра, появившегося около 3 недель назад после укуса клеща. Объективно: на коже правого бедра мигрирующая эритема диаметром 15 см с центральным просветлением и ярким периферическим валиком, субфебрильная температура, умеренная артралгия. При серологическом исследовании крови — положительный IgG к <i>Borrelia burgdorferi</i> . Какой метод передачи инфекции является основным для данного заболевания?
	А) Алиментарный
	Б) Воздушно-капельный
	В) Трансмиссивный
	Г) Контактный
	Д) Половой
119.	Мужчина 60 лет, фермер, обратился с жалобами на болезненную язву на коже правого предплечья и увеличение лимфоузлов. Считает себя больным около 5 дней. Из анамнеза известно, что разделывал тушу зайца. Объективно: на коже предплечья язва диаметром 2 см с плотными краями и некротическим дном, регионарный лимфаденит (бубон). Температура 38,5°C. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Сибирская язва
	Б) Туляремия
	В) Кожный лейшманиоз
	Г) Споротрихоз
	Д) Туберкулёз кожи
120.	Женщина 28 лет обратилась с жалобами на зудящие высыпания на коже голеней и стоп. В доме есть кошка, которая часто гуляет на улице. Объективно: на коже нижних конечностей множественные рассеянные эритематозные папулы с центральной геморрагической точкой, местами везикулы. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Цимикоз (укусы постельных клопов)
	Б) Пуликоз (укусы блох)
	В) Педикулез
	Г) Демодекоз
	Д) Микоз гладкой кожи
121.	Женщина 35 лет обратилась в связи с присасыванием клеща к коже шеи. Клещ удален в травмпункте. Пациентка не привита против клещевого энцефалита, регион эндемичен. Каков наиболее эффективный метод специфической профилактики клещевого энцефалита до укуса клеща?
	А) Прием противовирусных препаратов (арбидол)
	Б) Введение иммуноглобулина человека нормального
	В) Плановая вакцинация инактивированной вакциной против клещевого энцефалита

	Г) Прием доксициклина в течение 1 месяца
	Д) Обработка кожи репеллентами
122.	Мужчина 45 лет обратился с жалобами на асимметрию лица. Считает себя больным около 3 дней. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад отмечал присасывание клещей, был кратковременный субфебрилитет и мигрирующая эритема на бедре, которую не лечил. Объективно: парез мимических мышц справа, сглаженность носогубной складки, лагофтальм. В ликворе — лимфоцитарный плеоцитоз. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Идиопатический неврит лицевого нерва (паралич Белла)
	Б) Клещевой энцефалит
	В) Болезнь Лайма (ранняя диссеминированная стадия, нейроборрелиоз)
	Г) Рассеянный склероз
	Д) Опухоль мостомозжечкового угла
123.	Мужчина 55 лет обратился с жалобами на припухлость и боль в правом коленном суставе. Считает себя больным около 2 месяцев. Из анамнеза известно, что 1 год назад в лесу кусали клещи. Объективно: правый коленный сустав увеличен в объеме, отечен, болезнен при движении, кожа над суставом не изменена. Рентгенологически — признаки артрита. При ИФА крови — высокий титр IgG к <i>Borrelia burgdorferi</i> . Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Ревматоидный артрит
	Б) Псориатический артрит
	В) Болезнь Лайма
	Г) Реактивный артрит
	Д) Подагрический артрит
124.	Мужчина 25 лет, студент-биолог, обратился с жалобами на безболезненное образование на коже лица, существующее около 6 месяцев. Объективно: на коже щеки бляшка 3×4 см с инфильтрированными краями, покрытая буроватыми чешуйками, при снятии которых обнажается влажная поверхность. При диаскопии (надавливании предметным стеклом) определяются просвечивающие желтовато-коричневые узелки («яблочное желе»). Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Саркоидоз кожи
	Б) Туберкулезная волчанка
	В) Базальноклеточный рак кожи
	Г) Дискоидная красная волчанка
	Д) Лепра
125.	Мужчина 40 лет, работник скотобойни, обратился с жалобами на образование на коже тыльной поверхности кисти. Объективно: на коже кисти плотная бляшка 2×3 см с папилломатозной (бородавчатой) поверхностью, покрытой роговыми массами, по периферии — венчик гиперемии. Безболезненна при пальпации. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вульгарная бородавка
	Б) Плоскоклеточный рак кожи
	В) Бородавчатый туберкулез кожи
	Г) Хромомикоз
	Д) Псориаз
26.	Мать привела на прием девочку 8 лет с жалобами на безболезненные припухлости на коже шеи. Объективно: на коже передней поверхности шеи определяются плотные, спаянные между собой и с кожей узлы (конгломерат лимфоузлов), кожа над ними синюшно-красная, в центре

	одного из узлов определяется флюктуация и свищевое отверстие с выделением гнойного содержимого. В анамнезе — контакт с больным туберкулезом членом семьи. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Актиномикоз шеи
	Б) Лимфома (лимфогранулематоз)
	В) Скрофулодерма
	Г) Нетуберкулезные микобактериозы
	Д) Метастатический рак
127.	Мужчина 42 лет, вернувшийся из командировки в страны Юго-Восточной Азии, обратился с жалобами на появление множественных гипопигментированных пятен на коже туловища и конечностей, сопровождающихся потерей чувствительности. Объективно: на коже определяются множественные симметричные гипопигментированные и эритематозные пятна, бляшки и узлы желтовато-розового цвета с чёткими границами, отмечается выраженная потеря болевой, температурной и тактильной чувствительности в очагах поражения. Брови частично выпали. При бактериоскопии соскоба со слизистой носа выявлено обильное содержание кислотоустойчивых микобактерий. Какой клинический тип лепры наиболее вероятен?
	А) Туберкулоидный тип
	Б) Лепроматозный тип
	В) Пограничный тип
	Г) Недифференцированный тип
	Д) Лепра Хогана
128.	У пациента 38 лет с установленным диагнозом «лепроматозная лепра» на фоне комбинированной полихимиотерапии (MDT) по схеме ВОЗ через 4 недели появились высокая лихорадка до 39,5°C, болезненные эритематозные узлы на коже предплечий и голеней, выраженный отёк лица и кистей, неврит локтевого нерва с нарушением чувствительности. При гистологическом исследовании биоптата узла — васкулит с отёком и нейтрофильной инфильтрацией. Какой тип лепрозной реакции развился у пациента и какова тактика ведения?
	А) Реакция 2 типа (узловая эритема) — назначение преднизолона 40–60 мг/сут с продолжением MDT
	Б) Реакция отмены — прекращение MDT
	В) Реакция 1 типа — увеличение дозы рифампицина
	Г) Аллергическая реакция на дапсон — отмена препарата
	Д) Реакция 1 типа — назначение циклоспорина А
129.	Женщина 35 лет обратилась с жалобами на появление на коже лица, ягодиц и конечностей единичных гипопигментированных пятен с чёткими границами, полностью лишённых всех видов чувствительности. Объективно: на коже определяются 3–4 крупных гипопигментированных пятна с приподнятыми краями, периферическими папулами, сухостью и шелушением в центре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. При бактериоскопии кожного соскоба микобактерии не обнаружены. Лепромин-тест (реакция Мицуды) резко положительный. Какой тип лепры наиболее вероятен и каков прогноз?
	А) Туберкулоидный тип с благоприятным прогнозом
	Б) Лепроматозный тип с неблагоприятным прогнозом
	В) Пограничный тип с промежуточным прогнозом
	Г) Недифференцированный тип
	Д) Лепра Хогана
130	Пациенту 45 лет с впервые выявленной лепрой назначена комбинированная полихимиотерапия по схеме ВОЗ. Какой режим терапии является стандартом лечения

	паубациллярной формы лепры (туберкулоидный, пограничный тип) согласно рекомендациям ВОЗ?
	А) Рифампицин 100 мг 1 раз в месяц + дапсон 100 мг ежедневно в течение 6 месяцев
	Б) Рифампицин 600 мг 1 раз в месяц + клофазимин 300 мг 1 раз в месяц + дапсон 100 мг ежедневно в течение 12 месяцев
	В) Рифампицин 600 мг 1 раз в месяц + дапсон 100 мг ежедневно в течение 6 месяцев
	Г) Рифампицин 600 мг ежедневно + дапсон 100 мг ежедневно + клофазимин 50 мг ежедневно в течение 24 месяцев
	Д) Монотерапия дапсоном 100 мг ежедневно в течение 12 месяцев
131.	Мужчина 52 лет с диагнозом «лепроматозная лепра» в течение 15 лет наблюдается в лепрозории. Объективно: «львиное лицо» (выраженная инфильтрация кожи лица), тотальное выпадение бровей и ресниц, деформация носа («седловидная»), множественные узлы на коже туловища и конечностей, выраженные трофические нарушения кистей и стоп с ампутацией фаланг пальцев, двусторонний неврит локтевых и малоберцовых нервов с мышечной атрофией. Индекс бактериоскопический 6+. Какой критерий является основным для направления пациента на медико-социальную экспертизу? А) Наличие положительного лепромин-теста Б) Длительность заболевания более 10 лет В) Стойкие нарушения функций организма (неврологические, трофические) с ограничением жизнедеятельности и утратой трудоспособности Г) Обильное выделение микобактерий при бактериоскопии Д) Отсутствие эффекта от полихимиотерапии
132.	Мужчина 35 лет, вернувшийся из командировки в Узбекистан, обратился с жалобами на безболезненную язву на коже голени. Объективно: на коже передней поверхности правой голени язва диаметром 2 см с плотными подрытыми краями, серозно-гнойным дном, по периферии — валик. Безболезненна при пальпации. Региональные лимфоузлы не увеличены. При микроскопии мазка-отпечатка из края язвы выявлены овальные клетки с крупным ядром и кинетопластом. Какой наиболее вероятный диагноз? А) Трофическая язва Б) Плоскоклеточный рак кожи В) Кожный лейшманиоз Г) Туберкулез кожи Д) Пиодерма гангренозум
133.	У пациента 35 лет с подозрением на лейшманиоз при микроскопии мазка-отпечатка из края язвы выявлены овальные клетки с крупным ядром и кинетопластом. Какой метод исследования является «золотым стандартом» для верификации возбудителя и определения его вида? А) Бактериологический посев на среду Сабуро Б) Серологические реакции (ИФА, РНГА) В) ПЦР-диагностика с секвенированием и определением вида <i>Leishmania</i> Г) Аллергические пробы с лейшманином (реакция Монтеверде) Д) Гистологическое исследование биоптата
134.	Женщина 45 лет, вернувшаяся из поездки в страны Средиземноморья, обратилась с жалобами на длительную лихорадку, слабость, увеличение живота. Объективно: выраженная гепатоспленомегалия, панцитопения в анализе крови (анемия, лейкопения, тромбоцитопения), гипергаммаглобулинемия. При стеральной пункции в макрофагах выявлены лейшмании. Какой наиболее вероятный диагноз?

	А) Малярия
	Б) Туберкулез диссеминированный
	В) Висцеральный лейшманиоз
	Г) Лимфома
	Д) Саркоидоз
135.	Мужчина 60 лет с туберкулезной волчанкой лица получает комплексное лечение. Какой препарат является патогенетическим средством, стимулирующим репаративные процессы и применяемым в комплексной терапии туберкулеза кожи?
	А) Преднизолон
	Б) Метотрексат
	В) Туберкулин
	Г) Интерферон альфа
	Д) Ритуксимаб
136.	У пациента 40 лет с подозрением на лепру при осмотре выявлены множественные гипопигментированные пятна на коже туловища с нечёткими границами, умеренным снижением чувствительности. При дифференциальной диагностике необходимо исключить ряд заболеваний. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика лепры в амбулаторной практике?
	А) Псориаз, красный плоский лишай, экзема
	Б) Туберкулёз кожи, саркоидоз, грибовидный микоз, системная красная волчанка, склеродермия
	В) Чесотка, педикулёз, микоз гладкой кожи
	Г) Базальноклеточный рак, плоскоклеточный рак, меланома
	Д) Розовый лишай Жибера, отрубевидный лишай, вторичный сифилис
137.	Мужчина 40 лет с туберкулезной волчанкой лица получает комплексное лечение. Какой из перечисленных методов является специфическим дополнительным методом терапии, направленным на стимуляцию клеточного иммунитета и применяемым в комплексном лечении туберкулеза кожи?
	А) Рентгенотерапия очагов в противовоспалительных дозах
	Б) ПУВА-терапия
	В) Туберкулинотерапия
	Г) Криодеструкция очагов жидким азотом
	Д) Фотодинамическая терапия
138.	Женщина 35 лет, вернувшаяся из поездки в страны Средиземноморья, обратилась с жалобами на длительную лихорадку, слабость, увеличение живота. Объективно: выраженная гепатоспленомегалия, панцитопения в анализе крови (анемия, лейкопения, тромбоцитопения), гипергаммаглобулинемия. При стеральной пункции в макрофагах костного мозга выявлены лейшмании. Какой препарат является средством выбора для лечения данного заболевания?
	А) Доксициклин
	Б) Метронидазол
	В) Амфотерицин В
	Г) Препараты пятиявалентной сурьмы
	Д) Флуконазол
139	Мужчина 35 лет обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже разгибательных поверхностей локтевых и коленных суставов, волосистой части головы. Считает себя больным около 5 лет. Объективно: на коже разгибательных поверхностей

	локтевых и коленных суставов, на волосистой части головы — множественные розовато-красные папулы, сливающиеся в бляшки 2–4 см в диаметре, покрытые серебристо-белыми чешуйками. Какой наиболее вероятный рабочий диагноз?
	А) Красный плоский лишай
	Б) Экзема микробная
	В) Псориаз вульгарный
	Г) Розовый лишай Жибера
	Д) Парапсориаз
140.	Мужчина 35 лет с вульгарным псориазом обратился на прием. Объективно: на коже разгибательных поверхностей локтевых и коленных суставов, на волосистой части головы — множественные розовато-красные папулы, сливающиеся в бляшки 2–4 см в диаметре, покрытые серебристо-белыми чешуйками. PASI 15. Какой из перечисленных видов лечения наиболее уместен в амбулаторных условиях?
	А) Топические глюкокортикостероиды средней активности + аналоги витамина D3
	Б) Системные глюкокортикостероиды
	В) Метотрексат в высоких дозах
	Г) Циклоспорин А
	Д) Биологическая терапия инфликсимабом
141.	Мужчина 35 лет с вульгарным псориазом (PASI 15) наблюдается амбулаторно. Назначена наружная терапия топическими ГКС и кальципотриолом. Через 4 недели отмечается значительное улучшение (PASI 5). Каков порядок дальнейшего диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 2 раза в год, при обострении — чаще, поддерживающая наружная терапия
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
142.	Мужчина 25 лет обратился с жалобами на зудящее пятно на коже живота. Считает себя больным около 2 недель. Из анамнеза известно, что месяц назад в доме появился котенок. Объективно: на коже правой боковой поверхности живота определяется округлое пятно диаметром 4 см с ярко-розовым, слегка возвышающимся, шелушащимся валиком по периферии и участком разрешения (просветления) в центре. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Розовый лишай Жибера
	Б) Кольцевидная гранулема
	В) Микоз гладкой кожи
	Г) Нуммулярная экзема
	Д) Псориаз
143.	Женщина 35 лет обратилась с жалобами на ярко-красные, четко ограниченные блестящие бляшки в паховых складках и под молочными железами. Шелушение минимальное, беспокоит жжение и зуд. Из анамнеза известно, что она длительно применяла в этих зонах сильные топические глюкокортикостероиды, на фоне чего появились стрии и истончение кожи. Какова наиболее правильная тактика ведения данного пациента в амбулаторных условиях?
	А) Продолжение терапии сильными топическими глюкокортикостероидами под окклюзию для усиления эффекта
	Б) Немедленное назначение системных ретиноидов (ацитретина)

	В) Отмена сильных топических стероидов и переход на топические ингибиторы кальциневрина или мягкие стероиды коротким курсом
	Г) Назначение системной противогрибковой терапии без дополнительного обследования
	Д) Проведение ПУВА-терапии исключительно на области кожных складок
144.	Женщина 28 лет обратилась на прием к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже сгибательных поверхностей предплечий, голеностопных суставов. При осмотре на коже указанных областей видны зудящие плоские полигональные папулы фиолетового цвета, в полости рта — белесоватые разветвляющиеся линии. Какой наиболее вероятный рабочий диагноз?
	А) Псориаз
	Б) Экзема
	В) Красный плоский лишай
	Г) Розовый лишай Жибера
	Д) Парапсориаз
145.	Женщина 28 лет с красным плоским лишаем наблюдается амбулаторно. Объективно: на коже сгибательных поверхностей предплечий — плоские полигональные папулы фиолетового цвета, в полости рта — сетка Викхема. Какой из перечисленных видов лечения наиболее уместен?
	А) Системные антибиотики
	Б) Топические глюкокортикостероиды + антигистаминные препараты
	В) Метотрексат в высоких дозах
	Г) Циклоспорин А
	Д) Биологическая терапия
146.	Женщина 28 лет с красным плоским лишаем наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 2 раза в год, при обострении — чаще
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
147.	Мужчина 30 лет обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на появление на коже туловища одиночного розового пятна диаметром 4 см с шелушением в центре («материнская бляшка»), через 7–10 дней появились множественные овальные розовые пятна меньших размеров по линиям Лангера. Зуд умеренный. В анамнезе — ОРВИ за 2 недели до появления высыпаний. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Псориаз каплевидный
	Б) Вторичный сифилис
	В) Розовый лишай Жибера
	Г) Отрубевидный лишай
	Д) Парапсориаз острый
148.	Мужчина 30 лет с диагнозом «розовый лишай Жибера» наблюдается амбулаторно. Какой из перечисленных видов лечения наиболее уместен?
	А) Системные глюкокортикостероиды
	Б) Антигистаминные препараты, топические ГКС при выраженном зуде
	В) Метотрексат
	Г) Циклоспорин А

	Д) Системные антимикотики
149.	Мужчина 30 лет с розовым лишаем Жибера наблюдается амбулаторно. Каков прогноз заболевания?
	А) Хроническое течение с частыми рецидивами
	Б) Самопроизвольное разрешение в течение 4–6 недель
	В) Трансформация в псориаз
	Г) Трансформация в красный плоский лишай
	Д) Пожизненное наблюдение в стационаре
150.	Мужчина 55 лет обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, существующие более 15 лет. Объективно: на коже туловища, конечностей множественные овальные розовато-коричневые бляшки 2–5 см с четкими границами, мелкопластинчатым «приклеенным» шелушением в центре. Высыпания расположены преимущественно на туловище, не затрагивают волосистую часть головы, ладони и подошвы. Зуд умеренный. При гистологическом исследовании биоптата — паракератоз, умеренный акантоз, экссудация в эпидермисе, лентовидный лимфоцитарный инфильтрат в верхней дерме, отсутствие эпидермотропизма. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Псориаз вульгарный
	Б) Парапсориаз крупнобляшечный
	В) Грибовидный микоз, стадия бляшек
	Г) Красный плоский лишай
	Д) Розовый лишай Жибера
151.	Мужчина 55 лет с парапсориазом крупнобляшечным наблюдается амбулаторно. Какова тактика ведения пациента?
	А) Немедленная госпитализация в стационар
	Б) Диспансерное наблюдение с регулярными осмотрами (1 раз в 6 месяцев), фототерапия, при необходимости — биопсия для исключения трансформации в грибовидный микоз
	В) Назначение системных глюкокортикостероидов
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Хирургическое удаление всех очагов
152.	Мужчина 45 лет госпитализирован с жалобами на распространенные фолликулярные папулы оранжево-красного цвета на коже туловища и конечностей, сливающиеся в крупные бляшки с участками «здоровой кожи» в центре («островки»), ладонно-подошвенный жёлто-оранжевый гиперкератоз, диффузное мелкопластинчатое шелушение кожи волосистой части головы. В анамнезе — постепенное прогрессирование заболевания в течение 3 лет. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Псориаз эритродермический
	Б) Отрубевидный лишай генерализованный
	В) Парапсориаз генерализованный
	Г) Болезнь Дарье
	Д) Болезнь Девержи (красный волосяной лишай)
153.	Мужчина 50 лет с болезнью Девержи тяжёлого течения (эритродермическая форма) наблюдается амбулаторно. Наружная терапия и фототерапия неэффективны. Какой препарат системного действия является препаратом выбора для индукции ремиссии?
	А) Метотрексат
	Б) Ацитретин

	В) Циклоспорин А
	Г) Преднизолон
	Д) Гидроксимочевина
154.	Мужчина 28 лет, студент, обратился с жалобами на обильные мелкие папулезные высыпания на коже туловища и конечностей, появившиеся через 2 недели после перенесённой стрептококковой ангины. Объективно: на коже туловища, верхних и нижних конечностей множественные каплевидные розово-красные папулы диаметром 3–6 мм с мелкопластинчатым шелушением на поверхности, расположенные преимущественно по линиям Лангера. Положительный феномен Кебнера. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вторичный сифилис (папулёзный сифилид)
	Б) Розовый лишай Жибера
	В) Каплевидный псориаз
	Г) Болезнь Девержи
	Д) Парапсориаз острый
155.	Мужчина 28 лет с диагнозом «каплевидный псориаз» наблюдается амбулаторно. Какова наиболее уместная тактика лечения?
	А) Назначение системных глюкокортикостероидов
	Б) Топические ГКС, узкополосная UVB-терапия
	В) Назначение метотрексата
	Г) Назначение циклоспорина А
	Д) Хирургическое удаление высыпаний
156.	Мужчина 42 лет госпитализирован с жалобами на распространенные зудящие высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся поражением ногтей и артралгиями. Объективно: на коже туловища, волосистой части головы, локтевых и коленных суставов — серебристо-белые шелушащиеся папулы, сливающиеся в бляшки. Ногти — с точечными вдавлениями, подногтевой гиперкератоз, онихолизис. В течение 6 месяцев появились боли в дистальных межфаланговых суставах кистей, утренняя скованность до 40 минут, дактилит («сосискообразные пальцы»). Рентгенография кистей: «мутилирующие» изменения. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Ревматоидный артрит
	Б) Псориатический артрит
	В) Реактивный артрит
	Г) Подагрический артрит
	Д) Болезнь Бехтерева
157.	Мужчина 42 лет с псориатическим артритом наблюдается амбулаторно. Какой препарат является препаратом выбора для терапии псориатического артрита?
	А) Метотрексат 15–25 мг/неделю
	Б) Инфликсимаб или адалимумаб (анти-ФНО-α) при неэффективности метотрексата
	В) Преднизолон в высоких дозах
	Г) Ацитретин
	Д) Диклофенак в/м
158.	Женщина 30 лет с псориазом на 20-й неделе беременности обратилась с жалобами на обострение: распространенные эритематозно-шелушащиеся бляшки на коже туловища, конечностей, PASI 18. Какой препарат может быть использован для терапии в данном случае?
	А) Метотрексат

	Б) Топические ГКС низкой и средней активности на ограниченные участки, эмоленты, узкополосная UVB-терапия (311 нм)
	В) Ацитретин
	Г) Циклоспорин А
	Д) Инфликсимаб
159.	Мужчина 45 лет с тяжёлым псориазом (PASI 30) после 10 лет непрерывного течения заболевания направлен на медико-социальную экспертизу. Какой критерий является основным для установления группы инвалидности?
	А) Наличие псориатических бляшек на коже
	Б) Стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеванием, с ограничением жизнедеятельности
	В) Частота обострений заболевания
	Г) Наличие псориатического артрита
	Д) Уровень С-реактивного белка
160.	Мужчина 50 лет с псориазом на фоне терапии циклоспорином А 4 мг/кг/сут в течение 3 месяцев отметил появление отеков нижних конечностей, повышение АД до 160/100 мм рт.ст. В биохимическом анализе крови — креатинин 140 мкмоль/л. Какая тактика наиболее оптимальна?
	А) Продолжить терапию в той же дозе
	Б) Снижение дозы циклоспорина А или отмена, переход на альтернативную терапию (биологические препараты)
	В) Добавление преднизолона
	Г) Увеличение дозы циклоспорина А
	Д) Продолжение терапии под контролем АД и креатинина
161.	Женщина 48 лет с красным плоским лишаем эрозивно-язвенной формы слизистой полости рта наблюдается амбулаторно. При обследовании выявлен хронический вирусный гепатит С (генотип 1b). Какая тактика является наиболее патогенетически обоснованной для достижения стойкой ремиссии кожного и системного процесса?
	А) Назначение системных глюкокортикостероидов
	Б) Назначение интерферонов
	В) Терапия противовирусными препаратами прямого действия
	Г) Назначение циклоспорина А
	Д) Плазмаферез
162.	Мужчина 45 лет с псориазом на фоне терапии метотрексатом 20 мг/неделю в течение 3 месяцев появились тошнота, слабость, желтушность кожи. В биохимическом анализе крови — АЛТ 180 Ед/л, АСТ 150 Ед/л, билирубин общий 45 мкмоль/л. Какая тактика наиболее оптимальна?
	А) Продолжить терапию в той же дозе
	Б) Снижение дозы метотрексата до 10 мг/неделю
	В) Добавление преднизолона
	Г) Продолжение терапии под контролем печёночных проб
	Д) Отмена метотрексата, назначение гепатопротекторов, рассмотрение альтернативной терапии (циклоспорин А, биологические препараты)
163.	Мужчина 45 лет с тяжёлым псориазом (PASI 32) получает секукинумаб (анти-IL-17A) в течение 4 месяцев. На фоне терапии появились боли в животе, диарея с примесью крови. При колоноскопии — эрозии и язвы слизистой толстой кишки. Какой наиболее вероятный диагноз?

	А) Псориатический энтерит
	Б) Дебют язвенной болезни толстой кишки или болезни Крона
	В) Инфекционный колит
	Г) Ишемический колит
	Д) Псевдомембранозный колит
164.	Женщина 27 лет обратилась на прием к дерматологу с жалобами на высыпания на коже тыла кистей рук, туловище, сопровождающиеся сильным зудом. Считает себя больной около 3 недель. Из анамнеза известно, что подобные эпизоды периодически были с 17-летнего возраста. Обострение связывает со стрессом. Сопутствующая патология: хронический тонзиллит. Объективно: патологический процесс на коже носит распространенный, симметричный, воспалительно-экссудативный характер. Высыпания полиморфны. Локализуются на коже в области тыла кистей в виде мокнущих везикулезных элементов, эрозий, местами с мелкопластинчатым шелушением. На боковой поверхности предплечий визуализируются единичные очаги ярко-розового цвета, представленные округлыми отечными участками, на поверхности которых отмечаются серозные корочки, трещины, единичные папулы. Осмотр в лучах лампы Вуда — свечения нет. Дермографизм красный, нестойкий. Что из перечисленного ниже является наиболее вероятным рабочим диагнозом?
	А) Атопический дерматит
	Б) Экзема
	В) Помфоликс
	Г) Токсикодермия
	Д) Пиодермия
165.	Женщина 27 лет с диагнозом «экзема» наблюдается амбулаторно. Какой из перечисленных видов лечения наиболее уместен?
	А) Топические глюкокортикостероиды
	Б) Топические антимикотические препараты
	В) Топические антибактериальные препараты
	Г) Топические антикоагулянтные препараты
	Д) Топические антигистаминные препараты
166.	Женщина 27 лет с диагнозом «экзема» наблюдается амбулаторно. Консультацию какого специалиста следует рекомендовать в первую очередь, опираясь на данные анамнеза (обострение связывает со стрессом)?
	А) Эндокринолог
	Б) Терапевт
	В) Невролог
	Г) Гастроэнтеролог
	Д) Аллерголог-иммунолог
167.	Женщина 49 лет обратилась на прием к врачу-дерматовенерологу с жалобами на впервые возникшие высыпания на коже кистей, сопровождающиеся сильным зудом. Пациентка сама сравнивает высыпания с «подкожным рисом». Из анамнеза известно, что в настоящее время имеет нерегулярный цикл, плавно входит в период менопаузы. В раннем детстве были мокнущие высыпания на щеках после введения прикорма. Объективно: патологический процесс на коже носит воспалительный характер. Сыпь полиморфна. Расположена на боковых поверхностях пальцев кистей и стоп, на коже ладоней и подошв. Представлена зудящими пузырьками, везикулами с плотной покрывкой, единичными многокамерными величиной с булавочную головку. Также отмечаются эрозии с мокнутием и серозные корки, трещины и шелушение. Что из перечисленного ниже является наиболее вероятным рабочим диагнозом?

	А) Ладонно-подошвенный псориаз
	Б) Дисгидротическая экзема
	В) Пустулезный бактерида Эндрюса
	Г) Хронический акродерматит Аллопо
	Д) Пиодермия
168.	Женщина 26 лет обратилась к врачу-дерматологу с жалобами на высыпания в околососковой области на левой и правой груди, сопровождающиеся умеренным зудом. Из анамнеза известно, что в настоящий момент кормит грудью 6-месячных близнецов. Переживает период развода. Из сопутствующей патологии: гипотиреоз, хроническая венозная недостаточность, ожирение 2 степени. Ранее кожными заболеваниями не страдала. Объективно: на фоне незначительной эритемы, слабо выраженной инфильтрации, мокнутия с наличием серозно-геморрагических корок, шелушения имеются трещины и пустулы. Что из перечисленного ниже является наиболее вероятным рабочим диагнозом?
	А) Экзема сосков
	Б) Дисгидротическая экзема
	В) Пруригинозная экзема
	Г) Монетовидная экзема (нуммулярная)
	Д) Сикозиформная экзема
169	Женщина 26 лет с диагнозом «экзема сосков» наблюдается амбулаторно. Какой из следующих факторов в анамнезе пациентки больше всего повысил риск развития этого состояния?
	А) Ожирение 2 степени
	Б) Хроническая венозная недостаточность
	В) Психосоциальный стресс
	Г) Гипотиреоз
	Д) Грудное вскармливание
170.	Мужчина 56 лет обратился к дерматологу с жалобами на зудящие высыпания на коже шеи, предплечий и кистей рук. Считает себя больным в течение 2 лет, когда подобная кожная картина впервые возникла. Отмечает лишь, что в период отпуска явления стихают полностью. Работает фасовщиком на фармацевтическом предприятии. Объективно: конъюнктива глаз инъецирована, красная, имеется серозное отделяемое. Из носа также отмечает выделения. На коже кистей рук островоспалительная эритема, отек, местами сформированные микровезикулы, а также экссудативные папулы, серозные колодцы, из которых выделяется экссудат, участки мокнутия с мацерированным и слущенным эпителием. Кожа шеи имеет участки розового цвета с утолщенной кожей, подчеркнутым кожным рисунком, шелушением, следами эксфолиаций, геморрагическими точечными корочками. Что из перечисленного ниже является наиболее вероятным рабочим диагнозом?
	А) Атопический дерматит
	Б) Экзема истинная
	В) Профессиональная экзема
	Г) Токсикодермия
	Д) Себорейная экзема
171.	Мужчина 56 лет с диагнозом «профессиональная экзема» наблюдается амбулаторно. Какой из перечисленных методов исследования наиболее уместен для постановки диагноза?
	А) Тест на дермографизм
	Б) Анализ крови на IgE
	В) Кожные пробы (патч-тесты)
	Г) Посев из очагов на мицелий грибов

	Д) Соскоб на чесоточного клеща
172.	Молодой человек 22 лет обратился на прием с жалобами на зуд и высыпания в заушной области, на волосистой части головы. Объективно: очаги поражения локализуются в заушных областях и на шее, не имеют четких границ, сопровождаются экссудацией и себорейными корками желтоватого цвета. Визуализируются желтовато-розовые эритематозные инфильтрированные пятна с расплывчатыми границами, мелкопластинчатое шелушение в виде чешуек желтого цвета жирной консистенции. Местами в области волосистой части головы волосы склеены экссудатом, имеются чешуйки и корки. Что из перечисленного ниже является наиболее вероятным рабочим диагнозом?
	А) Истинная экзема
	Б) Себорейная экзема
	В) Пруригинозная экзема
	Г) Монетовидная экзема
	Д) Сикозиформная экзема
173.	Женщина 71 года обратилась на прием к врачу-дерматовенерологу с жалобами на высыпания, сопровождающиеся зудом на ногах. Из анамнеза известно, что считает себя больной в течение 5 лет, когда впервые заметила подобные высыпания, но в меньшем количестве. Дерматологом по месту жительства был выставлен диагноз «липоидный некробиоз». Сопутствующая патология: варикозная болезнь, сахарный диабет, метаболический синдром, рак молочной железы, ревматоидный артрит. Курит по 1 пачке в день. Объективно: патологический процесс на коже носит хронический воспалительный характер. Расположен симметрично на коже нижней трети голеней. Представлен округлыми очагами бледно-багрового цвета, на поверхности которых отмечается инфильтрация и шелушение, также отмечаются точечные геморрагические корочки, следы эскориаций. Отмечено наибольшее скопление очагов вблизи варикозной язвы. Что из перечисленного ниже является наиболее вероятным рабочим диагнозом?
	А) Микробная экзема
	Б) Варикозная экзема
	В) Себорейная экзема
	Г) Истинная экзема
	Д) Посттравматическая экзема
174.	Женщина 71 года с диагнозом «варикозная экзема» наблюдается амбулаторно. Какие факты в анамнезе пациента привели к развитию заболевания?
	А) Варикозная болезнь
	Б) Сахарный диабет
	В) Метаболический синдром
	Г) Ревматоидный артрит
	Д) Курение
175.	Врача дерматовенеролога вызвали в отделение травматологии к пациенту с переломом правой бедренной кости. Мужчина 35 лет предъявляет жалобы на зуд и мокнутие по краю гипсовой повязки. Известно, что пациент злоупотребляет алкоголем. Страдает сахарным диабетом 2 типа. Объективно: островоспалительная эритема, экссудативные папулы и пустулы, серозные корки. Обращает на себя плотное прилегание гипсовой повязки. Что из перечисленного ниже является наиболее вероятным рабочим диагнозом?
	А) Микробная экзема
	Б) Варикозная экзема
	В) Себорейная экзема

	Г) Истинная экзема
	Д) Паратравматическая экзема
176.	Мужчина 35 лет с диагнозом «паратравматическая экзема» наблюдается амбулаторно. Какие последствия могут возникнуть в результате развившегося кожного процесса?
	А) Гипертрофические рубцы
	Б) Гипотрофические рубцы
	В) Поверхностное склерозирование кожи
	Г) Рецидивирование кожного процесса
	Д) Формирование трофической язвы
177.	Женщина 37 лет обратилась на первичный прием к дерматологу с жалобами на зудящие высыпания на тыле стопы, пальцах. Высыпания появились 5 дней назад после сдачи годового отчета. Отмечает ухудшение процесса при контакте с водой, моющими средствами. Наружно использует крем декспантенол. Сопутствующие заболевания: аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз. Объективно: патологический процесс носит островоспалительный характер, расположен симметрично. Высыпания представлены ярко-розовыми отечными очагами, на фоне которых — мелкие микровезикулы, серопапулы. Имеются точечные эрозии, серозно-геморрагические и желтоватые корочки. Что из перечисленного ниже является наиболее вероятным рабочим диагнозом?
	А) Пустулезный псориаз
	Б) Экзема (идиопатическая)
	В) Микоз стоп
	Г) Контактный дерматит
	Д) Пиодермия
178.	Женщина 23 лет, вернувшаяся сегодня с юга, где впервые отдыхала на море, обратилась к дежурному дерматологу с жалобами на высыпания на плечах, руках, шее и груди. Со слов пациента, в первые дни отдыха начали появляться высыпания, без зуда. Ни с чем связать не может. Самостоятельно принимала 3 дня антигистаминный препарат, без особого эффекта. Вынуждена была вернуться домой. При осмотре патологический процесс распространенный, локализован на коже шеи, груди, плеч и спины, представлен множественными мономорфными красными папулами. Аллергический анамнез не отягощен. Наследственность не отягощена. Что можно заподозрить у данного пациента?
	А) Аллергическая реакция
	Б) Солнечное акне (акне aestivalis)
	В) Пиодермия
	Г) Тропическое акне
	Д) Розацеа
178.	Женщина 23 лет с диагнозом «солнечное акне» наблюдается амбулаторно. Какая причина вызвала высыпания?
	А) Ультрафиолет А
	Б) Ультрафиолет В
	В) Ультрафиолет А, В
	Г) Купание в соленой воде
	Д) Смена климата
179.	Женщина 23 лет с диагнозом «солнечное акне» наблюдается амбулаторно. Какое из приведенного ниже лечения поможет быстрее разрешить высыпания?
	А) Бензоилпероксид крем

	Б) Левомеколь мазь
	В) Азелаиновая кислота мазь
	Г) Клиндамицин крем
	Д) Кальципотриол крем
180.	Хирург 32 лет обратился к дерматовенерологу с жалобами на покраснение и зуд кожи кистей. Сопутствующие заболевания отрицает. Считает себя больным около 4 дней, когда впервые отметил легкий зуд и покраснение кистей после часовой операции. Сам связывает свое состояние с сменой резиновых перчаток на латексные. Объективно: патологический процесс на коже носит симметричный островоспалительный характер. Сыпь полиморфна и представлена эритемой, отеком, папулами, везикулезными высыпаниями. Четко повторяет форму резиновых перчаток. Что из перечисленного ниже является наиболее вероятным рабочим диагнозом?
	А) Аллергический контактный дерматит
	Б) Простой контактный дерматит
	В) Истинная экзема
	Г) Атопический дерматит ладоней
	Д) Пустулезный псориаз
181.	Хирург 32 лет с диагнозом «аллергический контактный дерматит» наблюдается амбулаторно. Какой из перечисленных видов лечения наиболее уместен?
	А) Топические глюкокортикостероиды
	Б) Топические антимикотические препараты
	В) Топические антибактериальные препараты
	Г) Топические антикоагулянтные препараты
	Д) Топические антигистаминные препараты
182.	Женщина-садовник 40 лет обратилась к врачу с жалобами на высыпания на коже ладоней, сильный зуд. Самостоятельно лечилась примочками с зеленым чаем — без эффекта. Из анамнеза известно, что за пару часов до появления жалоб высаживала хризантемы в саду. С контактом с этими цветами высыпания не связывает, так как ежегодно высаживает их в клумбы. Объективно: патологический процесс на коже носит симметричный островоспалительный характер. Сыпь полиморфна и представлена эритемой, отеком, папулами, точечными эскориациями. Что из перечисленного ниже является наиболее вероятным рабочим диагнозом?
	А) Простой контактный дерматит
	Б) Аллергический контактный дерматит
	В) Истинная экзема
	Г) Атопический дерматит ладоней
	Д) Пустулезный псориаз
183.	Женщина 28 лет обратилась на прием к дерматовенерологу с жалобами на сухость кожи, зуд, высыпания на коже лица, шеи, в локтевых сгибах. Считает себя больной с детства, обострения весной и осенью. Объективно: на коже лица, шеи, в локтевых подколенных сгибах — диффузная лихенификация, эскориации, участки шелушения. Какой наиболее вероятный рабочий диагноз?
	А) Экзема истинная
	Б) Красный плоский лишай
	В) Атопический дерматит
	Г) Псориаз
	Д) Розовый лишай Жибера

184.	Женщина 28 лет с диагнозом «атопический дерматит», SCORAD 25, наблюдается амбулаторно. Какой из перечисленных видов лечения наиболее уместен в амбулаторных условиях?
	А) Системные глюкокортикостероиды
	Б) Топические глюкокортикостероиды средней активности + базовый уход эмолентами
	В) Метотрексат в высоких дозах
	Г) Циклоспорин А
	Д) Биологическая терапия дупилумабом
185.	Женщина 28 лет с atopическим дерматитом (SCORAD 25) наблюдается амбулаторно. Какое обследование необходимо провести для выявления сопутствующей патологии?
	А) Только общий анализ крови
	Б) Общий анализ крови (эозинофилы), IgE общий, консультация аллерголога-иммунолога, при необходимости — патч-тесты
	В) МРТ
	Г) ПЭТ-КТ
	Д) Только консультация эндокринолога
186.	Женщина 28 лет с atopическим дерматитом (SCORAD 25) наблюдается амбулаторно. Работает офис-менеджером. Каков порядок экспертизы временной нетрудоспособности при обострении заболевания?
	А) Листок нетрудоспособности не выдается
	Б) Листок нетрудоспособности выдается на период обострения (7–10 дней), при необходимости продлевается врачебной комиссией
	В) Немедленное направление на МСЭ
	Г) Запрет на профессиональную деятельность пожизненно
	Д) Продление листка нетрудоспособности до 6 месяцев без обследования
187.	Женщина 28 лет с atopическим дерматитом (SCORAD 25) наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 2 раза в год, при обострении — чаще, поддерживающая базовая терапия эмолентами
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
188.	Женщина 35 лет обратилась с жалобами на ежедневные зудящие высыпания на коже туловища и конечностей, существующие более 3 месяцев. Элементы сыпи сохраняются менее 24 часов, не оставляя следов. На фоне приема стандартных доз антигистаминных препаратов II поколения (цетиризин 10 мг/сут) в течение 2 недель эффект отсутствует. Каков следующий шаг в тактике ведения согласно современным клиническим рекомендациям?
	А) Переход на антигистаминные препараты I поколения (хлоропирамин, клемастин)
	Б) Назначение системных глюкокортикостероидов длительным курсом
	В) Увеличение дозы антигистаминных препаратов II поколения до 4-кратной
	Г) Немедленное назначение омализумаба без изменения дозы антигистаминных средств
	Д) Строгая элиминационная диета с полным исключением всех потенциальных аллергенов

189.	Юноша 19 лет с тяжелым узловато-кистозным акне, резистентным к наружной и системной антибактериальной терапии, начинает прием системного изотретиноина. Какой лабораторный показатель требует обязательного ежемесячного контроля в первые 2 месяца лечения? А) Уровень креатинина и мочевины в сыворотке крови Б) Печеночные трансаминазы (АЛТ, АСТ) и липидный профиль В) Общий анализ крови с подсчетом только эритроцитов Г) Тиреотропный гормон (ТТГ) и свободный тироксин Д) С-реактивный белок и скорость оседания эритроцитов
190.	Мужчина 50 лет обратился с жалобами на периодически возникающие зудящие высыпания на коже туловища, конечностей, сопровождающиеся отеком губ и век. Считает себя больным около 5 лет. Объективно: на коже туловища, конечностей — множественные уртикарные высыпания диаметром от 0,5 до 3 см, бледно-розовые, с красным венчиком, исчезающие бесследно в течение 24 часов. При обследовании выявлен хронический гепатит С. Какой наиболее вероятный диагноз? А) Атопический дерматит Б) Экзема В) Хроническая спонтанная крапивница Г) Герпетиформный дерматит Дюринга Д) Буллезный пемфигоид
191.	Мужчина 50 лет с диагнозом «хроническая спонтанная крапивница» наблюдается амбулаторно. Какой препарат является средством первой линии для терапии? А) Системные глюкокортикостероиды Б) Антигистаминные препараты II поколения В) Циклоспорин А Г) Омализумаб Д) Дупилумаб
192.	Мужчина 50 лет с хронической спонтанной крапивницей наблюдается амбулаторно. При неэффективности стандартных доз антигистаминных препаратов II поколения какова следующая ступень терапии согласно клиническим рекомендациям? А) Назначение системных глюкокортикостероидов Б) Переход на антигистаминные препараты I поколения В) Увеличение дозы антигистаминных препаратов II поколения до 4-кратной, при неэффективности — добавление омализумаба Г) Назначение циклоспорина А Д) Назначение дупилумаба
193.	Мужчина 60 лет обратился с жалобами на периодически возникающие зудящие высыпания на коже туловища, конечностей. Объективно: на коже разгибательных поверхностей локтей, коленей, ягодиц — симметричные папулы с везикулой на вершине, расчесы, геморрагические корочки. Зуд нестерпимый, усиливается ночью. При гистологии биоптата кожи — микроабсцессы в дермальных сосочках с нейтрофилами и эозинофилами. При прямой иммунофлюоресценции биоптата неизменной кожи — гранулярные отложения IgA в дермальных сосочках. При серологическом исследовании — антитела к тканевой трансклутаминазе положительные. В анамнезе — хроническая диарея, анемия. Какой наиболее вероятный диагноз? А) Атопический дерматит Б) Герпетиформный дерматит Дюринга В) Чесотка

	Г) Буллезный пемфигоид
	Д) Красный плоский лишай
194.	Мужчина 60 лет с диагнозом «герпетиформный дерматит Дюринга» наблюдается амбулаторно. Какой препарат является средством выбора для терапии в амбулаторных условиях?
	А) Системные глюкокортикостероиды
	Б) Дапсон в сочетании с безглютеновой диетой
	В) Циклоспорин А
	Г) Ацитретин
	Д) Метотрексат
195.	Мужчина 60 лет с диагнозом «герпетиформный дерматит Дюринга» наблюдается амбулаторно. С какой патологией кишечника ассоциирован данный дерматоз?
	А) Болезнь Крона
	Б) Глютеновая энтеропатия (целиакия)
	В) Неспецифический язвенный колит
	Г) Синдром раздраженного кишечника
	Д) Ишемический колит
196.	Мужчина 38 лет с герпетиформным дерматитом Дюринга наблюдается амбулаторно, получает дапсон 100 мг/сут и безглютеновую диету. На фоне терапии отмечено улучшение кожных проявлений, однако появились цианоз губ, одышка, слабость, головная боль. В анализе крови — метгемоглобин 18%. Какая тактика наиболее оптимальна?
	А) Продолжить терапию в той же дозе
	Б) Назначить системные глюкокортикостероиды
	В) Снижение дозы дапсона до 50 мг/сут, при метгемоглобине >20% — метиленовый синий в/в, рассмотрение альтернативной терапии (сульфасалазин)
	Г) Отмена дапсона и переход на циклоспорин А
	Д) Увеличение дозы дапсона до 150 мг/сут
197.	Мужчина 45 лет обратился с жалобами на зудящие узелковые высыпания на коже разгибательных поверхностей конечностей, существующие около 3 лет. Объективно: на коже разгибательных поверхностей предплечий, голеней — множественные плотные узелки диаметром 0,5–1 см коричнево-розового цвета с расчесами на вершине, эскориации, геморрагические корочки. Зуд нестерпимый, усиливается вечером. При гистологии биоптата кожи — очаговый гиперкератоз, акантоз, периваскулярный лимфоцитарный инфильтрат в дерме. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Атопический дерматит
	Б) Красный плоский лишай
	В) Узловатая почесуха
	Г) Чесотка норвежская
	Д) Грибовидный микоз
198.	Мужчина 45 лет с диагнозом «узловатая почесуха» наблюдается амбулаторно. Какой из перечисленных видов лечения наиболее уместен?
	А) Системные антибиотики
	Б) Топические глюкокортикостероиды высокой активности, антигистаминные препараты
	В) Системные антимикотики
	Г) Наружная терапия антимикотиками
	Д) Хирургическое удаление узлов

199.	Мужчина 25 лет обратился с жалобами на внезапно возникший отек губ, языка, гортани, сопровождающийся осиплостью голоса, затруднением дыхания, чувством страха. Из анамнеза известно, что у пациента в течение 5 лет диагностирована наследственная форма заболевания, связанная с дефицитом С1-ингибитора. Какой препарат является средством первой линии для купирования острого приступа?
	А) Адреналин в/м
	Б) Системные глюкокортикостероиды
	В) Концентрат С1-ингибитора человека
	Г) Антигистаминные препараты в/в
	Д) Ингаляция салбутамола
200.	Женщина 26 лет обратилась с жалобами на внезапно возникший отек губ, век, гортани, сопровождающийся затруднением дыхания, осиплостью голоса. Из анамнеза известно, что за 2 часа до появления симптомов приняла ибупрофен. Объективно: выраженный отек губ, век, языка, гортани, крапивница на коже туловища. АД 90/60 мм рт.ст., ЧСС 120 уд/мин. Какой препарат является средством первой линии для купирования анафилактической реакции?
	А) Системные глюкокортикостероиды
	Б) Антигистаминные препараты в/в
	В) Внутривенное введение кальция глюконата
	Г) Ингаляция салбутамола
	Д) Эпинефрин в/м
201.	Женщина 45 лет жалуется на стойкое покраснение кожи щек и носа, усиливающееся при употреблении горячей пищи, стрессе и пребывании на солнце. Объективно: диффузная эритема, телеангиэктазии, единичные папулы. Какой топический препарат является средством выбора именно для уменьшения стойкой фоновой эритемы при данной форме заболевания?
	А) Топические глюкокортикостероиды высокой активности
	Б) Бензоилпероксид 5% гель
	В) Третиноин 0,05% крем
	Г) Бримонидин 0,33% гель
	Д) Салициловая кислота 2% раствор
202.	Мужчина 25 лет госпитализирован с жалобами на распространенные зудящие высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся отеком лица, высокой лихорадкой до 39,2°C, генерализованной лимфаденопатией. Из анамнеза известно, что за 4 недели до появления высыпаний начал прием фенитоина по поводу эпилепсии. Объективно: на коже туловища, конечностей — множественные мелкие розово-красные пятна и папулы, выраженный отек лица. В биохимическом анализе крови — АЛТ 220 Ед/л, АСТ 180 Ед/л, эозинофилы 22%. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Синдром Стивенса-Джонсона
	Б) Синдром Лайелла
	В) DRESS-синдром (лекарственная реакция с эозинофилией и системными симптомами)
	Г) Многоформная экссудативная эритема
	Д) Истинная экзема
203.	Мужчина 55 лет госпитализирован с жалобами на распространенные зудящие высыпания на коже туловища и конечностей, существующие около 10 дней. Из анамнеза известно, что за 2 недели до появления высыпаний начал прием аллопуринола по поводу подагры. Объективно: на коже туловища, конечностей, лица — множественные мишеневидные элементы с центральной зоной некроза, эрозии на слизистой полости рта и конъюнктиве, площадь

	поражения кожи около 12%. Симптом Никольского отрицательный. Температура 38,2°C. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Многоформная экссудативная эритема
	Б) Синдром Стивенса-Джонсона
	В) Синдром Лайелла
	Г) Буллезный пемфигоид
	Д) Истинная экзема
204.	Пациент 45 лет госпитализирован с синдромом Стивенса-Джонсона на фоне приема аллопуринола. Объективно: площадь поражения кожи 8%, множественные мишеневидные элементы с центральной зоной некроза, эрозии на слизистой полости рта, конъюнктиве, гениталиях. Какой критерий является ключевым для дифференциальной диагностики с токсическим эпидермальным некролизом?
	А) Наличие эрозий на слизистых
	Б) Положительный симптом Никольского
	В) Площадь отслойки эпидермиса менее 10%
	Г) Лихорадка выше 38°C
	Д) Эозинофилия в общем анализе крови
205.	Пациент 32 лет госпитализирован с жалобами на высокую лихорадку до 39,5°C, болезненные высыпания на коже туловища и конечностей. Из анамнеза известно, что за 3 недели до появления высыпаний принимал триметоприм. Объективно: на коже туловища, конечностей, лица — множественные плоские атипичные мишени, эрозии на слизистой полости рта, конъюнктиве, гениталиях, площадь отслойки эпидермиса около 25%. Положительный симптом Никольского. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Синдром Стивенса-Джонсона
	Б) Синдром Лайелла
	В) Многоформная экссудативная эритема
	Г) Стафилококковый синдром ошпаренной кожи
	Д) Буллезный пемфигоид
206.	Пациентка 45 лет с тяжелым атопическим дерматитом (SCORAD 68) госпитализирована в стационар. Объективно: тотальная лихенификация, экскориации, мокнутие, вторичная пиодермия. После начала терапии дупилумабом через 3 недели появился двусторонний конъюнктивит с выраженной гиперемией, слезотечением, светобоязнью. Какая тактика наиболее оптимальна?
	А) Немедленная отмена дупилумаба и переход на циклоспорин А
	Б) Консультация офтальмолога, назначение топических ингибиторов кальциневрина или ГКС, продолжение терапии дупилумабом под строгим контролем
	В) Назначение системных глюкокортикостероидов
	Г) Отмена дупилумаба и назначение антибиотикотерапии
	Д) Переход на метотрексат
207.	Мужчина 42 лет госпитализирован с жалобами на зудящие полиморфные высыпания на разгибательных поверхностях локтей, коленей, ягодицах, симметрично. Объективно: на коже разгибательных поверхностей конечностей, ягодицах — симметричные папулы с везикулой на вершине, расчесы, геморрагические корочки. Зуд нестерпимый, усиливается ночью. При гистологии биоптата кожи — микроабсцессы в дермальных сосочках с нейтрофилами и эозинофилами. При прямой иммунофлюоресценции биоптата неизменной кожи — гранулярные отложения IgA в дермальных сосочках. При серологическом исследовании —

	антитела к тканевой трансклутаминазе положительные. В анамнезе — хроническая диарея, анемия. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Атопический дерматит
	Б) Буллезный пемфигоид
	В) Герпетиформный дерматит Дюринга
	Г) Чесотка
	Д) Красный плоский лишай
208.	Мужчина 52 лет с хронической спонтанной крапивницей, резистентной к 4-кратной дозе антигистаминных препаратов II поколения. Какой биологический препарат показан для терапии в данном случае согласно клиническим рекомендациям?
	А) Инфликсимаб
	Б) Ритуксимаб
	В) Устекинумаб
	Г) Секукинумаб
	Д) Омализумаб
209.	Мужчина 30 лет обратился с жалобами на зуд и обильное шелушение кожи волосистой части головы, а также умеренное покраснение и чешуйки в носогубных складках. Объективно: на коже головы эритема с жирными желтоватыми чешуйками, в складках лица — аналогичные очаги. Какой метод лечения является наиболее эффективным и безопасным первым шагом для терапии поражения волосистой части головы?
	А) Шампуни, содержащие кетоконазол 2% или пиритион цинка
	Б) Системный прием итраконазола в течение 2 недель
	В) Ежедневное нанесение мази с сильным топическим глюкокортикостероидом
	Г) Исключительное использование дегтярного мыла для мытья головы
	Д) Курс пероральных антибиотиков тетрациклинового ряда
210.	Женщина 35 лет обратилась на прием к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже лица и волосистой части головы, усиливающиеся после пребывания на солнце. Объективно: на коже щек, ушных раковин, лба — округлые бляшки 2–4 см с плотным инфильтратом, атрофией в центре, фолликулярными пробками («симптом наперстка»), телеангиэктазиями и гиперпигментацией по периферии. На волосистой части головы — очаги рубцовой алопеции. При поскабливании определяется феномен Кебнера. Системных проявлений нет. В анализах крови: ANA 1:160, anti-dsDNA отрицательные. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Системная красная волчанка
	Б) Саркоидоз кожи
	В) Дискоидная красная волчанка
	Г) Туберкулезная волчанка
	Д) Красный плоский лишай
211.	Женщина 35 лет с впервые выявленной дискоидной красной волчанкой наблюдается амбулаторно. На фоне местной терапии топическими ГКС отмечается частичный эффект, но появляются новые очаги на открытых участках кожи. Какой препарат системного действия является средством выбора для базисной терапии распространенной формы ДКВ?
	А) Метотрексат
	Б) Гидроксихлорохин
	В) Преднизолон в высоких дозах
	Г) Циклофосфамид
	Д) Азатиоприн

212.	Женщина 40 лет наблюдается амбулаторно по поводу дискоидной красной волчанки с поражением волосистой части головы. Отмечается прогрессирующая рубцовая алопеция. С каким заболеванием необходимо в первую очередь проводить дифференциальную диагностику данного поражения?
	А) Очаговая алопеция (гнездное облысение)
	Б) Себорейная алопеция
	В) Андрогенетическая алопеция
	Г) Красный плоский лишай волосистой части головы
	Д) Трихофития
213.	Женщина 35 лет с дискоидной красной волчанкой наблюдается амбулаторно. Она спрашивает о прогнозе заболевания и риске развития системных проявлений. Какой ответ врача является наиболее обоснованным?
	А) Риск трансформации в системную форму составляет более 50%, необходима пожизненная иммуносупрессия
	Б) Заболевание всегда протекает только с кожными проявлениями, системные поражения невозможны
	В) Риск трансформации зависит исключительно от уровня инсоляции и не поддается прогнозированию
	Г) Пациенткам с ДКВ показано профилактическое лечение системными глюкокортикостероидами
	Д) Риск трансформации в системную форму составляет 5–10%, поэтому необходимо регулярное наблюдение с контролем ANA, общего анализа крови и мочи
214.	Женщина 40 лет обратилась на прием к дерматовенерологу с жалобами на появление плотных пятен на коже туловища. Объективно: на коже груди и живота — единичные бляшки 3–5 см цвета «слоновой кости» с гладкой блестящей поверхностью, лиловым ободком по периферии, без шелушения и субъективных ощущений. Кожа в очагах плотно спаяна с подлежащими тканями. Системных проявлений нет, феномен Рейно отсутствует. Капилляроскопия ногтевого ложа без патологии. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Ограниченная склеродермия (морфеа)
	Б) Системная склеродермия
	В) Склероатрофический лишай
	Г) Липоидный некробиоз
	Д) Кольцевидная гранулема
215.	Женщина 40 лет с диагнозом «ограниченная склеродермия (морфеа)» наблюдается амбулаторно. Очаги расположены на коже туловища, прогрессируют в размерах. Какой препарат для местной терапии является средством первой линии согласно клиническим рекомендациям?
	А) Топические ингибиторы кальциневрина
	Б) Топические ретиноиды
	В) Топические глюкокортикостероиды высокой активности под окклюзию
	Г) Топические антимикотики
	Д) Салициловая кислота 5%
216.	Женщина 25 лет обратилась на прием с жалобами на болезненные узлы на передней поверхности голеней, появившиеся 5 дней назад после перенесенной ангины. Объективно: симметричные плотные болезненные узлы 2–3 см в диаметре, кожа над ними ярко-красная, горячая, без изъязвления. Температура тела 37,5°C. Какое обследование является наиболее

	целесообразным для выявления наиболее частой причины данного состояния у молодых пациентов?
	А) Посев крови на стерильность
	Б) Мазок из зева на бета-гемолитический стрептококк группы А и определение титра АСЛО
	В) Биопсия узла с целью исключения лимфомы
	Г) Колоноскопия для поиска воспалительных заболеваний кишечника
	Д) Рентгенография суставов кистей и стоп
217.	Женщина 48 лет обратилась на прием к дерматовенерологу с жалобами на выраженную слабость в проксимальных мышцах конечностей, затруднение при подъеме по лестнице и расчесывании волос, высыпания на коже лица и кистей. Объективно: лиловато-красная отечность верхних и нижних век (симптом «гелиотропа»), папулы Готтрона красно-фиолетового цвета на тыльной поверхности пястно-фаланговых и межфаланговых суставов, V-образная эритема на груди (симптом «декольте»). КФК 2800 Ед/л, анти-Jo-1 положительные. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Полимиозит
	Б) Системная красная волчанка
	В) Дерматомиозит
	Г) Болезнь Бехтерева
	Д) Склеродермия
218	Женщина 48 лет с впервые выявленным дерматомиозитом наблюдается амбулаторно. Какой препарат является средством первой линии для индукции ремиссии?
	А) Метотрексат
	Б) Системные глюкокортикостероиды
	В) Азатиоприн
	Г) Гидроксихлорохин
	Д) Ритуксимаб
219.	Женщина 48 лет с дерматомиозитом наблюдается амбулаторно. Какое обследование необходимо провести для исключения сопутствующей патологии?
	А) Только общий анализ крови
	Б) Комплексный онкоскрининг
	В) МРТ всего тела
	Г) ПЭТ-КТ
	Д) Только консультация эндокринолога
220.	Женщина 48 лет с дерматомиозитом наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 2 раза в год, контроль КФК, АЛТ/АСТ, онконастороженность (скрининг на онкопатологию), коррекция иммуносупрессивной терапии
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
221.	Мужчина 45 лет, работающий каменщиком, обратился с жалобами на хроническое воспаление кожи кистей, существующее более года. Объективно: на коже тыльной поверхности кистей и пальцев определяются эритема, выраженный гиперкератоз и глубокие болезненные трещины. Аллергологическое патч-тестирование выявило положительную реакцию на дихромат калия.

	Какова наиболее обоснованная долгосрочная тактика ведения данного пациента в амбулаторных условиях?
	А) Пожизненный прием системных глюкокортикостероидов
	Б) Использование цемента с восстановителями хроматов и строгое соблюдение мер индивидуальной защиты
	В) Переход на работу исключительно с латексными перчатками без дополнительной обработки
	Г) Назначение длительной топической противогрибковой терапии
	Д) Полное исключение любого контакта с водой в быту и на производстве
223.	Женщина 29 лет, работающая на рыбоперерабатывающем предприятии, жалуется на появление сильного зуда, покраснения и волдырей на коже кистей и предплечий в течение 15 минут после контакта с сырой рыбой. Высыпания самостоятельно проходят через 1–2 часа после прекращения контакта и мытья рук. Какой механизм развития данной реакции является наиболее вероятным?
	А) Реакция гиперчувствительности замедленного типа (IV тип)
	Б) Прямое токсическое раздражение кожи химическими веществами
	В) Реакция гиперчувствительности немедленного типа (I тип, IgE-опосредованная)
	Г) Аутоиммунное поражение с образованием антител к собственным тканям
	Д) Инфекционный процесс, вызванный условно-патогенной флорой
224.	Женщина 35 лет с саркоидозом кожи и легких наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 2 раза в год, контроль КТ органов грудной клетки, уровня АФ, кальция крови и мочи
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
225.	Мужчина 65 лет с диагнозом «актинический кератоз» наблюдается амбулаторно. Какой метод лечения является наиболее оптимальным для множественных элементов на коже лица?
	А) Хирургическое иссечение каждого элемента
	Б) Криодеструкция каждого элемента
	В) Фотодинамическая терапия или наружная терапия 5-фторурацилом 5% кремом, имиквимодом 5% кремом
	Г) Системная химиотерапия
	Д) Рентгенотерапия
226.	Мужчина 45 лет, лесник, обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на появление на коже правого бедра увеличивающегося красного кольца. Считает себя больным около 2 недель. Связывает начало заболевания с укусом клеща. Объективно: на коже бедра мигрирующая эритема диаметром 12 см с центральным просветлением и периферическим ярким валиком. Субфебрильная температура, умеренная артралгия. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Розовый лишай Жибера
	Б) Болезнь Лайма
	В) Отрубевидный лишай
	Г) Микоз гладкой кожи
	Д) Многоформная экссудативная эритема

227.	Мужчина 45 лет с болезнью Лайма (ранняя локализованная стадия) наблюдается амбулаторно. Какой препарат является средством выбора для этиотропной терапии на данной стадии?
	А) Ацикловир
	Б) Доксициклин
	В) Флуконазол
	Г) Метронидазол
	Д) Преднизолон
228.	Мужчина 45 лет с болезнью Лайма наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 2 раза в год, контроль серологических реакций, при необходимости — повторные курсы антибактериальной терапии
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
229.	Женщина 30 лет обратилась на прием к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже голеней, сопровождающиеся болезненностью. Считает себя больной около 5 дней. Объективно: на коже передней поверхности обеих голеней симметричные подкожные узлы 2–3 см, кожа над ними гиперемирована, горячая на ощупь, не изъязвляется. В анамнезе — саркоидоз легких (двусторонняя лимфаденопатия). При гистологическом исследовании биоптата узла — септальный панникулит без васкулита с гранулемами. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Индуративная эритема Базена
	Б) Узелковый полиартериит
	В) Узловатая эритема как кожное проявление саркоидоза
	Г) Эритема Базена (туберкулезный панникулит)
	Д) Волчаночный панникулит
230.	Женщина 30 лет с узловатой эритемой наблюдается амбулаторно. Какова тактика ведения пациента?
	А) Немедленная госпитализация в стационар
	Б) Выявление и лечение основного заболевания, НПВС, покой, возвышенное положение конечностей
	В) Назначение системных глюкокортикостероидов
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Хирургическое удаление всех узлов
231.	Мужчина 38 лет обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже голеней, сопровождающиеся жжением и болезненностью. Объективно: на коже обеих голеней симметричная пальпируемая пурпура, не бледнеющая при диаскопии, с участками некроза и геморрагическими корками. В анамнезе — перенесенная стрептококковая ангина 2 недели назад. При гистологии биоптата кожи — лейкоцитокластический васкулит мелких сосудов дермы с фибриноидным некрозом стенок, нейтрофильной инфильтрацией и «ядерной пылью». IgA в сыворотке крови повышен. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Узелковый полиартериит
	Б) Криоглобулинемический васкулит
	В) IgA-васкулит (геморрагический васкулит Шёнляйна-Геноха)
	Г) Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера)

	Д) Микроскопический полиангиит
232.	Мужчина 38 лет с IgA-васкулитом (геморрагический васкулит Шёнляйна-Геноха) наблюдается амбулаторно. Какова тактика ведения пациента?
	А) Немедленная госпитализация в стационар
	Б) Хирургическое лечение
	В) Назначение цитостатиков
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) НПВС, антиагреганты, при тяжелом течении — системные ГКС
233.	Мужчина 38 лет с IgA-васкулитом наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 2 раза в год, контроль общего анализа мочи (исключение поражения почек), контроль АД
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
234.	Мужчина 52 лет обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на рецидивирующий синусит, кашель с кровохарканьем, язвенно-некротические поражения кожи голеней, боли в суставах. Объективно: на коже голеней — язвы с подрытыми краями, на слизистой полости носа — некротические наложения, в легких — выслушиваются влажные хрипы. При КТ органов грудной клетки — множественные инфильтраты с распадом. В анализе крови — с-ANCA (анти-PR3) положительные, СОЭ 65 мм/ч. При гистологии биоптата кожи — гранулематозный васкулит с гигантскими клетками. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (Чарга-Стросс)
	Б) Гранулематоз с полиангиитом (болезнь Вегенера)
	В) Микроскопический полиангиит
	Г) Узелковый полиартериит
	Д) Болезнь Бехчета
235.	Мужчина 52 лет с гранулематозом с полиангиитом наблюдается амбулаторно. Какой препарат является средством выбора для индукции ремиссии при легком течении?
	А) Только преднизолон в высоких дозах
	Б) Метотрексат или азатиоприн + преднизолон
	В) Циклофосфамид в/в
	Г) Ритуксимаб
	Д) Плазмаферез
236.	Мужчина 52 лет с гранулематозом с полиангиитом наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 2 раза в год, контроль с-ANCA, общего анализа мочи, функции почек, КТ органов грудной клетки
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
237.	Женщина 58 лет обратилась на прием к дерматовенерологу с жалобами на образование на коже лица. Объективно: на коже щеки — узел 1×1,5 см с перламутровым валиком по

	периферии, телеангиэктазиями на поверхности, центральной язвой, покрытой геморрагической корочкой. Образование существует около 1 года, медленно увеличивается, безболезненно. При дерматоскопии — перламутровые структуры, древовидные сосуды, голубовато-серые глобулы. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Базальноклеточный рак кожи
	Б) Плоскоклеточный рак кожи
	В) Пигментный невус
	Г) Меланома
	Д) Себорейный кератоз
238.	Женщина 58 лет с подозрением на базальноклеточный рак кожи обратилась к дерматовенерологу. Какова тактика ведения пациента?
	А) Наблюдение в динамике 6 месяцев
	Б) Наружная терапия топическими ГКС
	В) Направление к онкологу
	Г) Криодеструкция без гистологического контроля
	Д) Рентгенотерапия
239.	Мужчина 58 лет обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на болезненные подкожные узлы на голенях, ягодицах, бедрах, которые изъязвляются с образованием атрофических рубцов. Объективно: симметричные подкожные узлы 2–4 см, кожа над ними гиперемирована, с участками некроза и язв. При ангиографии — микроаневризмы почечных и брыжеечных артерий. В анализах крови — HBsAg положительный, СОЭ 58 мм/ч, лейкоцитоз $14 \times 10^9/\text{л}$. При гистологии биоптата кожи — некротизирующий васкулит артерий среднего калибра в глубокой дерме и подкожной клетчатке. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) IgA-васкулит
	Б) Криоглобулинемический васкулит
	В) Узелковый полиартериит, ассоциированный с вирусом гепатита В
	Г) Гранулематоз с полиангиитом
	Д) Болезнь Бехчета
240.	Мужчина 58 лет с узелковым полиартериитом, ассоциированным с вирусом гепатита В, наблюдается амбулаторно. Какова тактика ведения пациента?
	А) Только системные глюкокортикостероиды
	Б) Противовирусная терапия (ламивудин, энтекавир), системные ГКС, при тяжелом течении — плазмаферез, циклофосфамид
	В) Только цитостатики
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Хирургическое лечение
241.	Мужчина 58 лет с узелковым полиартериитом наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 2 раза в год, контроль АД, общего анализа мочи, функции почек, маркеров HBV
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
242.	Женщина 52 лет обратилась на прием к дерматовенерологу с жалобами на болезненные эрозии в полости рта, существующие более 3 месяцев, и вялые пузыри на коже туловища.

	Объективно: на слизистой щек, десен, мягкого нёба — обширные эрозии с неровными краями, фибринозным налётом; на коже туловища — единичные вялые пузыри с дряблой покрывкой, легко вскрывающиеся с образованием мокнущих эрозий. Симптом Никольского положительный. При цитологии мазка-отпечатка по Тцанку — акантолитические клетки. При прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) биоптата перилезионной кожи — межклеточное отложение IgG и C3 в эпидермисе («сеть»). Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Буллезный пемфигOID
	Б) Вульгарная (истинная) пузырчатка
	В) Герпетиформный дерматит Дюринга
	Г) Болезнь Хейли-Хейли
	Д) IgA-зависимый линейный дерматоз
243.	Женщина 52 лет с впервые выявленной вульгарной пузырчаткой наблюдается амбулаторно. Назначен преднизолон 60 мг/сут. На 5-е сутки отмечено повышение АД до 180/110 мм рт.ст., гипергликемия натощак 12,5 ммоль/л, боли в эпигастральной области. Какой препарат необходимо добавить для профилактики осложнений глюкокортикостероидной терапии?
	А) Нестероидные противовоспалительные препараты
	Б) Антибиотики широкого спектра действия
	В) Антимикотики
	Г) Системные антигистаминные препараты
	Д) Ингибиторы протонной помпы, гипогликемические препараты, антигипертензивные средства
244.	Женщина 52 лет с вульгарной пузырчаткой наблюдается амбулаторно, получает преднизолон 30 мг/сут. Какой белок является основной аутоантигенной мишенью при данном заболевании?
	А) Коллаген VII
	Б) BP180 (коллаген XVII)
	В) Десмоглеин 3 (и десмоглеин 1)
	Г) Ламинин-332
	Д) Интегрин $\alpha\beta 4$
245.	Женщина 52 лет с вульгарной пузырчаткой наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 1 раз в 1–3 месяца, контроль титра антител к десмоглеину, коррекция дозы ГКС, мониторинг побочных эффектов
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
246.	Мужчина 65 лет обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на напряженные пузыри с серозным содержимым на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом. Объективно: на коже туловища, конечностей — множественные напряженные пузыри диаметром 1–3 см с серозным содержимым, на месте вскрывшихся пузырей — эрозии, покрытые серозными корочками. Симптом Никольского отрицательный. При ПИФ биоптата непораженной кожи — линейное отложение IgG и C3 по базальной мембране. При ИФА сыворотки крови — антитела к BP180 и BP230 положительные. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вульгарная пузырчатка
	Б) Герпетиформный дерматит Дюринга
	В) Буллезный пемфигOID

	Г) Болезнь Хейли-Хейли
	Д) Паранеопластическая пузырчатка
247.	Мужчина 65 лет с впервые выявленным буллезным пемфигоидом наблюдается амбулаторно. Какой препарат является препаратом первой линии для индукции ремиссии в амбулаторных условиях?
	А) Системные ГКС (преднизолон 0,5–1,0 мг/кг/сут) в сочетании с ритуксимабом или адьювантной иммуносупрессией
	Б) Доксциклин
	В) Ацитретин
	Г) Дапсон
	Д) Циклоспорин А
248.	Мужчина 65 лет с буллезным пемфигоидом наблюдается амбулаторно. При неврологическом осмотре выявлены тремор, брадикинезия и когнитивные нарушения. С каким неврологическим заболеванием наиболее часто ассоциирован буллезный пемфигоид, что требует обязательного направления к неврологу?
	А) Рассеянный склероз
	Б) Миастения гравис
	В) Болезнь Паркинсона и деменция
	Г) Боковой амиотрофический склероз
	Д) Полинейропатия
249.	Мужчина 65 лет с буллезным пемфигоидом наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 1 раз в 1–3 месяца, контроль титра антител к BP180, коррекция терапии, мониторинг неврологического статуса
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
250.	Мужчина 42 лет обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на зудящие полиморфные высыпания на разгибательных поверхностях локтей, коленей, ягодицах, симметрично. Объективно: на коже разгибательных поверхностей конечностей, ягодицах — симметричные папулы с везикулой на вершине, расчесы, геморрагические корочки. Зуд нестерпимый, усиливается ночью. При гистологии биоптата кожи — микроабсцессы в дермальных сосочках с нейтрофилами и эозинофилами. При ПИФ биоптата неизменной кожи — гранулярные отложения IgA в дермальных сосочках. При серологическом исследовании — антитела к тканевой трансглутаминазе положительные. В анамнезе — хроническая диарея, анемия. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Атопический дерматит
	Б) Буллезный пемфигоид
	В) Герпетиформный дерматит Дюринга
	Г) Чесотка
	Д) Красный плоский лишай
251.	Мужчина 42 лет с впервые выявленным герпетиформным дерматитом Дюринга наблюдается амбулаторно. Какой препарат является средством выбора для терапии в амбулаторных условиях?
	А) Системные ГКС

	Б) Циклоспорин А
	В) Дапсон в сочетании с безглютеновой диетой
	Г) Ацитретин
	Д) Метотрексат
252.	Мужчина 42 лет с герпетиформным дерматитом Дюринга наблюдается амбулаторно, получает дапсон 100 мг/сут и безглютеновую диету. На фоне терапии отмечено улучшение кожных проявлений, однако появились цианоз губ, одышка, слабость, головная боль. В анализе крови — метгемоглобин 18%. Какая тактика наиболее оптимальна?
	А) Снижение дозы дапсона до 50 мг/сут, при метгемоглобине >20% — метиленовый синий в/в, рассмотрение альтернативной терапии (сульфасалазин)
	Б) Назначить системные глюкокортикостероиды
	В) Продолжить терапию в той же дозе
	Г) Отмена дапсона и переход на циклоспорин А
	Д) Увеличение дозы дапсона до 150 мг/сут
253.	Мужчина 42 лет с герпетиформным дерматитом Дюринга наблюдается амбулаторно. С какой патологией кишечника ассоциирован данный дерматоз?
	А) Болезнь Крона
	Б) Глютеновая энтеропатия (целиакия)
	В) Неспецифический язвенный колит
	Г) Синдром раздраженного кишечника
	Д) Ишемический колит
254.	Мужчина 42 лет с герпетиформным дерматитом Дюринга наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 1 раз в 3–6 месяцев, контроль уровня метгемоглобина, общего анализа крови, печеночных проб, соблюдение безглютеновой диеты
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
255.	Женщина 26 лет обратилась на прием к дерматовенерологу с жалобами на появление в подмышечных впадинах, паховых складках, под молочными железами болезненных вялых пузырей, которые быстро вскрываются с образованием мокнущих эрозий и вегетаций. Объективно: мацерированные эрозии с вегетирующими разрастаниями по периферии, положительный симптом Никольского. В анамнезе — у матери аналогичные проявления. При гистологии биоптата кожи — «акантолитический дискератоз», «развалы камней». При ПИФ — отрицательный результат. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вульгарная пузырчатка
	Б) Болезнь Хейли-Хейли
	В) Болезнь Дарье
	Г) Буллезный пемфигоид
	Д) Герпетиформный дерматит Дюринга
256.	Женщина 26 лет с болезнью Хейли-Хейли наблюдается амбулаторно. Какой генетический дефект лежит в основе данного заболевания?
	А) Мутация в гене ATR2A2
	Б) Мутация в гене ATR2C1
	В) Мутация в гене коллагена VII

	Г) Мутация в гене филаггрина
	Д) Мутация в гене кератина 10
257.	Женщина 26 лет с болезнью Хейли-Хейли наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 2 раза в год, поддерживающая наружная терапия, генетическое консультирование
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
258.	Мужчина 45 лет обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на вялые пузыри и эритематозные шелушащиеся бляшки на коже лица, волосистой части головы, груди, спины. Симптом Никольского положительный. Слизистые не поражены. При ПИФ биоптата интактной кожи — межклеточное отложение IgG и C3 в верхних слоях эпидермиса. При ИФА сыворотки крови — антитела к десмоглеину 1 положительные. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вульгарная пузырчатка
	Б) Болезнь Хейли-Хейли
	В) Буллезный пемфигоид
	Г) Герпетиформный дерматит Дюринга
	Д) Листовидная пузырчатка
259.	Мужчина 45 лет с листовидной пузырчаткой наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 1 раз в 1–3 месяца, контроль титра антител к десмоглеину 1, коррекция дозы ГКС, мониторинг побочных эффектов
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
260.	Мужчина 55 лет с хронической обструктивной болезнью легких обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на появление на коже голени напряженных пузырей с серозно-геморрагическим содержимым. В анамнезе — прием фурсемида. При ПИФ биоптата перилезионной кожи — линейное отложение IgG и C3 по базальной мембране. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вульгарная пузырчатка
	Б) Лекарственный буллезный пемфигоид
	В) Герпетиформный дерматит Дюринга
	Г) Болезнь Хейли-Хейли
	Д) Паранеопластическая пузырчатка
261.	Мужчина 55 лет с лекарственным буллезным пемфигоидом наблюдается амбулаторно. Какова тактика ведения пациента?
	А) Продолжить прием фурсемида
	Б) Отмена причинного препарата (фурсемида), назначение системных ГКС, при необходимости — адъювантная иммуносупрессия
	В) Назначение антибиотиков
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу

	Д) Хирургическое лечение
262.	Мать привела на прием ребенка 5 лет с жалобами на сухость кожи, шелушение на коже туловища и конечностей, существующие с рождения. Объективно: кожа сухая, шершавая, с мелкими сероватыми чешуйками, преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей. Ладони и подошвы — с усиленным рисунком. Волосы сухие, тусклые. Ногти с продольной исчерченностью. В анамнезе — у отца аналогичные проявления. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Ихтиоз вульгарный
	Б) Ламеллярный ихтиоз
	В) X-сцепленный ихтиоз
	Г) Болезнь Дарье
	Д) Болезнь Хейли-Хейли
263.	Мать привела на прием ребенка 5 лет с диагнозом «ихтиоз вульгарный». Какой генетический дефект лежит в основе данного заболевания?
	А) Мутация в гене АТР2А2
	Б) Мутация в гене АТР2С1
	В) Мутация в гене филагрина (FLG)
	Г) Мутация в гене коллагена VII
	Д) Мутация в гене кератина 10
264.	Мать привела на прием ребенка 5 лет с диагнозом «ихтиоз вульгарный». Какова тактика ведения пациента в амбулаторных условиях?
	А) Системная терапия ретиноидами
	Б) Базовый уход: ежедневное применение эмолентов, кератолитических средств (мочевина 10%), ограничение частоты мытья
	В) Системные глюкокортикостероиды
	Г) Антибактериальная терапия
	Д) Хирургическое лечение
265.	Мать привела на прием ребенка 5 лет с диагнозом «ихтиоз вульгарный». Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 1 раз в год, поддерживающая базовая терапия эмолентами, генетическое консультирование
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
266.	Мужчина 25 лет обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже туловища, в себорейных зонах, существующие с подросткового возраста. Объективно: на коже туловища, в себорейных зонах — множественные грязно-коричневые бородавчатые папулы, покрытые жирными корками, с неприятным запахом. Ногти — с продольными красно-белыми полосами, V-образными выемками на свободном крае. Ладони — точечные кератотические углубления. При гистологическом исследовании биоптата — супрабазальный акантолиз с образованием щелей и лакун, дискератоз с образованием «зерен». Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Болезнь Дарье
	Б) Болезнь Хейли-Хейли
	В) Вульгарная пузырчатка

	Г) Буллезный пемфигоид
	Д) Герпетиформный дерматит Дюринга
267.	Мужчина 25 лет с болезнью Дарье наблюдается амбулаторно. Какой генетический дефект лежит в основе болезни Дарье?
	А) Мутация в гене АТР2А2 (кальциевая АТФаза SERCA2)
	Б) Мутация в гене АТР2С1
	В) Мутация в гене коллагена VII
	Г) Мутация в гене филаггрина
	Д) Мутация в гене кератина 10
268.	Мужчина 25 лет с болезнью Дарье наблюдается амбулаторно. Какой препарат системного действия является препаратом выбора для терапии в амбулаторных условиях?
	А) Метотрексат
	Б) Ацитретин
	В) Циклоспорин А
	Г) Доксициклин
	Д) Преднизолон
269.	Мужчина 25 лет с болезнью Дарье наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 2 раза в год, поддерживающая терапия ацитретином, контроль печеночных проб, липидного профиля, генетическое консультирование
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
270.	Новорожденный мальчик переведен в отделение патологии новорожденных с генерализованными эрозиями и пузырями на коже туловища и конечностей, возникшими после незначительной травматизации при родах. Отмечается дистрофия ногтевых пластинок, микростомия, сращения пальцев. В анамнезе — у старшего брата аналогичные проявления с рождения. При иммунофлуоресцентном картировании кожи выявлен дефект коллагена VII. При электронной микроскопии — расщепление кожи ниже плотной пластинки базальной мембраны, в зоне якорных фибрилл. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Простой буллезный эпидермолиз
	Б) Пограничный буллезный эпидермолиз
	В) Дистрофический буллезный эпидермолиз
	Г) Буллезная болезнь, обусловленная IgA-антителами
	Д) Болезнь Хейли-Хейли
271.	Мужчина 65 лет, фермер, обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на шелушащееся образование на коже лица. Объективно: на коже лба — плотное эритематозное пятно 1,5×2 см с плотно спаянными желто-коричневыми чешуйками, которые с трудом снимаются, при попытке удаления возникает точечная кровоточивость. Образование существует около 2 лет, медленно увеличивается. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Базальноклеточный рак кожи
	Б) Плоскоклеточный рак кожи
	В) Актинический кератоз
	Г) Себорейный кератоз
	Д) Болезнь Боуэна

272.	Новорожденный мальчик с дистрофическим буллезным эпидермолизом наблюдается амбулаторно. Какой принцип ухода за кожей является наиболее важным?
	А) Обработка кожи спиртовыми растворами анилиновых красителей
	Б) Асептические условия, атравматичные повязки с силиконовым покрытием, обезболивание, нутритивная поддержка
	В) Криодеструкция некротических участков
	Г) Наружная терапия топическими ГКС высокой активности
	Д) Хирургическое иссечение всех буллезных элементов
	Мужчина 42 лет обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже тыльной поверхности кистей, предплечий, существующие около 6 месяцев. Объективно: на коже тыльной поверхности кистей, предплечий — кольцевидные бляшки 2–3 см в диаметре с запавшим центром и плотным периферическим валиком телесного цвета, без шелушения, безболезненные. Зуд отсутствует. При гистологическом исследовании биоптата — очаговый некробиоз коллагена в средней и верхней трети дермы, гранулематозное воспаление с гигантскими клетками, окружённое лимфоцитарным инфильтратом. Какой наиболее вероятный диагноз?
	Многоформная экссудативная эритема
	Кольцевидная гранулема
	Липоидный некробиоз
	Экзема
	Васкулит
273.	Мужчина 42 лет страдает диссеминированной формой кольцевидной гранулемы. С каким эндокринным заболеванием наиболее часто ассоциируется данный дерматоз?
	А) Сахарный диабет
	Б) Болезнь Аддисона
	В) Гипотиреоз
	Г) Феохромоцитома
	Д) Синдром Кушинга
274.	Мужчина 42 лет с диссеминированной формой кольцевидной гранулемы наблюдается амбулаторно. Какой препарат системного действия является препаратом выбора при диссеминированной форме кольцевидной гранулемы, резистентной к наружной терапии?
	А) Преднизолон
	Б) Метотрексат
	В) Гидроксихлорохин
	Г) Ацитретин
	Д) Циклоспорин А
275.	Мужчина 42 лет с кольцевидной гранулемой наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 1 раз в 6 месяцев, контроль уровня глюкозы крови, наружная терапия топическими ГКС
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства

276.	Женщина 30 лет с витилиго наблюдается амбулаторно. С какими аутоиммунными заболеваниями наиболее часто ассоциировано витилиго, что требует обязательного скрининга?
	А) Системная красная волчанка
	Б) Ревматоидный артрит
	В) Аутоиммунный тиреоидит
	Г) Узелковый полиартериит
	Д) Саркоидоз
277.	Женщина 30 лет с витилиго наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 1 раз в 6 месяцев, контроль функции щитовидной железы (ТТГ, анти-ТПО), оценка эффективности терапии
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
278.	Женщина 35 лет обратилась на прием к дерматовенерологу с жалобами на появление на коже лица, туловища, конечностей плотных узелков и бляшек желтовато-розового цвета. Объективно: на коже лица, туловища — множественные плотные узелки и бляшки желтовато-розового цвета, при диаскопии определяющие цвет «яблочного желе». При КТ органов грудной клетки — двусторонняя лимфаденопатия. При гистологическом исследовании биоптата кожи — «голые» эпителиоидные гранулемы без казеозного некроза в дерме. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Туберкулез кожи
	Б) Саркоидоз кожи
	В) Кольцевидная гранулема
	Г) Липоидный некробиоз
	Д) Красный плоский лишай
279.	Женщина 30 лет обратилась на прием к дерматовенерологу с жалобами на появление депигментированных пятен на коже кистей, лица. Объективно: на коже тыльной поверхности кистей, вокруг рта, век — молочно-белые пятна с четкими границами, окруженные зоной гиперпигментации. Волосы в очагах также депигментированы. Симптом Кёбнера положительный. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Отрубевидный лишай
	Б) Химическая лейкодерма
	В) Витилиго
	Г) Псевдопелиада Брока
	Д) Идиопатический каплевидный гипомеланоз
280.	Женщина 30 лет с диагнозом «витилиго» наблюдается амбулаторно. Какой препарат наружной терапии является средством первой линии для локализованных форм витилиго на лице?
	А) Топические глюкокортикостероиды высокой активности
	Б) Топические ингибиторы кальциневрина
	В) Псорален + УФА (ПУВА)
	Г) Хирургическая трансплантация меланоцитов
	Д) Системные глюкокортикостероиды

281.	Женщина 42 лет с диссеминированной формой кольцевидной гранулемы наблюдается амбулаторно. Какой лабораторный показатель необходимо исследовать для исключения сопутствующей эндокринной патологии?
	А) Уровень тиреотропного гормона
	Б) Уровень глюкозы крови натощак и гликированного гемоглобина
	В) Уровень кортизола
	Г) Уровень кальция
	Д) Уровень ангиотензинпревращающего фермента
282.	Мужчина 55 лет с саркоидозом кожи и легких наблюдается амбулаторно. При обследовании выявлена гиперкальциемия, гиперкальциурия, повышение уровня ангиотензинпревращающего фермента (АФ). Какой патогенетический механизм лежит в основе гиперкальциемии при саркоидозе?
	А) Повышенная секреция паратиреоидного гормона
	Б) Продукция 1,25-дигидроксивитамина D3 эпителиоидными клетками гранулемы
	В) Почечная потеря кальция
	Г) Снижение поступления кальция с пищей
	Д) Гемодилюция на фоне инфузионной терапии
283.	Подросток 16 лет обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже лица, спины, груди. Объективно: на коже лица, спины, груди — множественные открытые и закрытые комедоны, папулы, пустулы, единичные узлы. Выраженность высыпаний — умеренная. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Розацеа
	Б) Периоральный дерматит
	В) Вульгарные угри
	Г) Себорейный дерматит
	Д) Демодекоз
284.	Подросток 16 лет с диагнозом «вульгарные угри» (среднетяжелая степень) наблюдается амбулаторно. Какой препарат является средством первой линии для наружной терапии?
	А) Топические глюкокортикостероиды
	Б) Комбинация бензоилпероксида и топического ретиноида (адапален) или топического антибиотика (克林дамицин)
	В) Системные антибиотики
	Г) Системные ретиноиды (изотретиноин)
	Д) Топические антимикотики
285.	Подросток 16 лет с диагнозом «вульгарные угри» (среднетяжелая степень) наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 1 раз в 1–3 месяца, оценка эффективности терапии, коррекция лечения, поддерживающая терапия после достижения ремиссии
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
286.	Женщина 28 лет обратилась на прием к дерматовенерологу с жалобами на покраснение кожи лица, высыпания в центральной части лица. Объективно: на коже щек, носа, подбородка — стойкая эритема, телеангиэктазии, папулы, пустулы. Поражение глаз отсутствует. В анамнезе

	— провоцирующие факторы: горячая пища, алкоголь, стресс, инсоляция. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вульгарные угри
	Б) Периоральный дерматит
	В) Розацеа
	Г) Себорейный дерматит
	Д) Системная красная волчанка
287.	Женщина 28 лет с диагнозом «розацеа» наблюдается амбулаторно. Какой препарат является средством первой линии для наружной терапии папуло-пустулезной формы?
	А) Топические глюкокортикостероиды
	Б) Метронидазол 1% крем или азелаиновая кислота 15% гель
	В) Системные антибиотики
	Г) Системные ретиноиды
	Д) Топические антимикотики
289.	Женщина 28 лет с диагнозом «розацеа» наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Диспансерное наблюдение с осмотром 1 раз в 3–6 месяцев, оценка эффективности терапии, коррекция лечения, обучение пациента избеганию триггеров
	Б) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
290.	Мужчина 35 лет обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на выпадение волос на голове. Объективно: на коже волосистой части головы — очаги облысения округлой формы с четкими границами, кожа в очагах не изменена, без признаков воспаления. По периферии очагов — «восклицательный знак» (обломанные волосы). Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Андрогенетическая алопеция
	Б) Себорейная алопеция
	В) Гнездная алопеция
	Г) Телогеновое выпадение волос
	Д) Рубцовая алопеция
291.	Мужчина 35 лет с диагнозом «гнездная алопеция» наблюдается амбулаторно. Какой препарат является средством первой линии для наружной терапии при ограниченных очагах?
	А) Топические глюкокортикостероиды
	Б) Топические глюкокортикостероиды высокой активности или миноксидил 5%
	В) Системные глюкокортикостероиды
	Г) Системные ретиноиды
	Д) Топические антимикотики
292.	Мужчина 35 лет с диагнозом «гнездная алопеция» наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 1 раз в 1–3 месяца, оценка эффективности терапии, контроль роста волос, при необходимости — направление к трихологу
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства

292.	Женщина 45 лет обратилась на прием к дерматовенерологу с жалобами на изменение ногтей на руках. Объективно: ногтевые пластинки I–V пальцев обеих стоп утолщены, желтовато-серого цвета, с участками онихолизиса, подногтевой гиперкератоз. При микроскопии соскоба с пораженных ногтей выявлен септированный мицелий. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Онихомикоз
	Б) Экзема ногтей
	В) Псориаз ногтей
	Г) Красный плоский лишай
	Д) Ониходистрофия
293.	Женщина 45 лет с диагнозом «онихомикоз» наблюдается амбулаторно. Какой препарат является средством выбора для системной терапии онихомикоза, вызванного <i>Trichophyton rubrum</i> ?
	А) Флуконазол
	Б) Вориконазол
	В) Тербинафин
	Г) Нистатин
	Д) Кетоконазол
294.	Женщина 45 лет с диагнозом «онихомикоз» наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения
	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 1 раз в 3 месяца
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
295.	Мужчина 50 лет обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на покраснение и шелушение кожи волосистой части головы, лица, груди. Объективно: на коже волосистой части головы, лица (носогубные складки, брови), груди — эритема с жирными желтоватыми чешуйками. Зуд умеренный. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Псориаз
	Б) Атопический дерматит
	В) Себорейный дерматит
	Г) Розацеа
	Д) Красный плоский лишай
296.	Мужчина 50 лет с диагнозом «себорейный дерматит» наблюдается амбулаторно. Какой препарат является средством первой линии для наружной терапии?
	А) Топические глюкокортикостероиды
	Б) Противогрибковые шампуни (кетоконазол 2%) и кремы, при необходимости — топические ГКС низкой активности коротким курсом
	В) Системные антибиотики
	Г) Системные ретиноиды
	Д) Топические антимикотики
297.	Мужчина 50 лет с диагнозом «себорейный дерматит» наблюдается амбулаторно. Каков порядок диспансерного наблюдения?
	А) Снятие с учета без дальнейшего наблюдения

	Б) Диспансерное наблюдение с осмотром 1 раз в 6 месяцев, поддерживающая терапия противогрибковыми шампунями, обучение пациента правилам ухода
	В) Пожизненное наблюдение в стационаре
	Г) Направление на медико-социальную экспертизу
	Д) Наблюдение только у терапевта по месту жительства
298.	Женщина 32 лет с диагнозом «мелазма беременных» наблюдается амбулаторно. Какое средство является наиболее важным в терапии и профилактике прогрессирования мелазмы?
	А) Топические глюкокортикостероиды
	Б) Топические ретиноиды
	В) Криодеструкция
	Г) Солнцезащитные кремы (SPF 50+)
	Д) Системные глюкокортикостероиды
299.	Женщина 32 лет с мелазмой наблюдается амбулаторно. Какой препарат наружной терапии является наиболее безопасным и эффективным для лечения мелазмы во время беременности?
	А) Гидрохинон 4%
	Б) Третиноин 0,05%
	В) Азелаиновая кислота 15–20%
	Г) Койевая кислота
	Д) Топические ГКС высокой активности
300.	Мужчина 50 лет, работающий на открытом воздухе (строитель), обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже лица, шеи, предплечий, сопровождающиеся зудом. Считает себя больным около 1 месяца. Связывает обострение с работой на солнце. Объективно: на коже открытых участков тела — эритема, отек, микровезикулы, эскориации, серозные корочки. Высыпания четко ограничены зоной воздействия солнечных лучей. При фототестировании получена положительная реакция на УФА. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Солнечная крапивница
	Б) Профессиональный фотодерматит
	В) Полиморфный фотодерматоз
	Г) Красная волчанка
	Д) Пеллагра

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Методика опроса, осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек (диаскопия, пальпация, поскабливание, воспроизведение и оценка дермографизма, определение болевой, температурной и тактильной чувствительности, выявление характерных (типичных) признаков и симптомов при дерматозах и инфекциях, передаваемых половым путем (симптом Никольского, триада псориазических симптомов и др.);
2. Осмотр очагов поражений кожи и ее придатков с помощью люминисцентной лампы (лампа Вуда), оценка результатов свечения
3. Выполнение импрегнационной пробы с настойкой йода на скрытое шелушение;
4. Выполнение местной пробы с йодидом калия (проба Ядассона);
5. Взятие экссудата полостных элементов при пузырьных дерматозах;
6. Взятие мазков-отпечатков;

7. Диагностическая биопсия кожи;
8. Проведение дерматоскопии;
9. Взятие биологического материала для исследования на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем,
10. Взятие чешуек кожи, фрагментов ногтевых пластин для исследования на патогенные грибы (микроскопия, культуральная диагностика)
11. Взятие биологического материала для обнаружения чесоточного клеща, демодекса;
12. Криотерапия жидким азотом;
13. Пальпаторное исследование предстательной железы и семенных пузырьков с забором их секрета;
14. Бимануальное гинекологическое исследование;
15. Техника выполнения кольпоскопии;
16. Методики наружного лечения (наложение примочек, дерматологического компресса, взбалтываемых взвесей, мазей, кремов, паст, аэрозолей, присыпок, лаков, пластырей);
17. Удаление контагиозного моллюска;
18. Катетеризация мягким катетером;
19. Инстилляционная уретры;
20. Инъекционное введение лекарственных веществ в очаг поражения кожи;
21. Удаление сосудистых и пигментных образований методами фотокоагуляции, криодеструкции, радиоволновой деструкции;
22. Проведение местной инфильтрационной анестезии.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

Теоретические вопросы

1. Основные положения Порядка оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология».
2. Критерии качества, применяемые при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях.
3. Информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи: юридические и деонтологические аспекты.
4. Особенности оформления первичной медицинской документации (амбулаторной карты) пациента.
5. Права и обязанности врача-дерматовенеролога на амбулаторном приеме.
6. Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи больным инфекциями, передаваемыми половым путём.
7. Правила работы врача в информационных системах и электронный документооборот (листки нетрудоспособности).
8. Диспансерный метод в дерматовенерологии: группы наблюдения и сроки.
9. Этика и деонтология во взаимоотношениях «врач-пациент» в дерматологии.
10. Санитарно-противоэпидемические мероприятия при выявлении заразных кожных заболеваний в амбулаторных условиях.
11. Строение эпидермиса: кератинизация и клеточный состав.
12. Строение дермы и подкожной жировой клетчатки. Функции гиподермы.
13. Придатки кожи: волосы, ногти, сальные и потовые железы — анатомия и физиология.
14. Кровоснабжение и иннервация кожи. Рецепторный аппарат.
15. Барьерная функция кожи и водно-липидная мантия.
16. Терморегуляционная и выделительная функции кожи.

17. Участие кожи в витаминном, водном и минеральном обменах.
18. Первичные морфологические элементы: инфильтративные (папула, узел, бугорок).
19. Первичные морфологические элементы: полостные (пузырек, пузырь, пустула).
20. Вторичные морфологические элементы: классификация и механизмы формирования.
21. Патогистологические процессы в эпидермисе: акантоз, спонгиоз, паракератоз, гиперкератоз.
22. Патогистологические процессы: акантолиз и баллонизирующая дегенерация.
23. Методика объективного обследования дерматологического больного (осмотр, пальпация, диаскопия, граттаж).
24. Диагностическое значение лампы Вуда в амбулаторной практике.
25. Методика забора материала на грибы, чесоточного клеща и бледную трепонему.
26. Этиология и патогенез пиодермий. Классификация стафилодермий.
27. Стрептодермии: клинические формы (импетиго, эктима) и лечение.
28. Поверхностные стафилодермии: остиофолликулит, сикоз.
29. Гнойничковые заболевания кожи у новорожденных и детей раннего возраста.
30. Вирусные болезни: простой и опоясывающий герпес (амбулаторные формы).
31. Папилломавирусная инфекция: вульгарные и подошвенные бородавки.
32. Контагиозный моллюск: клиника, диагностика, методы удаления.
33. Чесотка: жизненный цикл возбудителя, типичная клиническая картина.
34. Чесотка «чистоплотных» и осложненные формы. Лечение и профилактика.
35. Педикулез: виды, диагностика и современные методы терапии.
36. Кожный лейшманиоз: эпидемиология, клиника и диагностика.
37. Клиническая классификация микозов. Методы микологической диагностики.
38. Кератомикозы: разноцветный лишай и пьедра.
39. Дерматофитии: эпидермофития паховая и микоз стоп.
40. Микоз стоп: клинические формы, дифференциальная диагностика.
41. Онихомикоз: этиология, классификация по КИОТОС.
42. Принципы лечения онихомикозов в амбулаторных условиях.
43. Микроспория: источники заражения, клиника на гладкой коже и волосистой части головы.
44. Трихофития: поверхностная и зооантропонозная (инфильтративно-нагноительная).
45. Фавус: этиология, клиническая картина (скутулярная форма).
46. Кандидоз слизистых оболочек и крупных складок.
47. Поверхностные псевдомикозы: эритразма.
48. Дерматиты: простой контактный и аллергический. Дифференциальный диагноз.
49. Токсидермии: причины развития, клиника, тактика врача.
50. Псориаз: триада диагностических признаков и стадии заболевания.
51. Амбулаторное лечение псориаза в стационарзамещающих условиях.
52. Розовый лишай Жибера: клиника, диагностика, режим пациента.
53. Красный плоский лишай: типичная форма, диагностический феномен Уикхема.
54. Атопический дерматит у детей: возрастные периоды и критерии диагностики.
55. Экзема: истинная и микробная формы. Клиника и диагностика.
56. Крапивница: острая и хроническая (амбулаторное ведение).
57. Пчесуха (пруриго): детская и взрослая формы.
58. Себорейный дерматит: клиника на лице и волосистой части головы.
59. Вульгарные угри (акне): патогенез, классификация по степени тяжести.
60. Принципы наружной терапии акне.
61. Розацеа: стадии развития и дифференциальный диагноз с акне.
62. Периоральный дерматит: этиология и особенности терапии.

63. Витилиго: клиника, диагностика и возможности фототерапии.
64. Профессиональные дерматозы: клиника и роль кожных проб.
65. Классификация невусов. Признаки активизации невуса.
66. Дерматоскопия как метод ранней диагностики меланомы. Система ABCDE.
67. Себорейный кератоз: клинические формы и дерматоскопия.
68. Базальноклеточный рак: клинические формы (поверхностная, узловая).
69. Плоскоклеточный рак: клиника и онконастороженность дерматолога.
70. Паранеопластические дерматозы: понятие и примеры (акантозис нигриканс).
71. Микробиологическая характеристика бледной трепонемы.
72. Пути заражения и классификация периодов сифилиса.
73. Клиника первичного сифилиса: типичный твердый шанкр.
74. Атипичные формы твердого шанкра (шанкр-панариций, амигдалит).
75. Клиника вторичного периода сифилиса: сифилитическая розеола.
76. Папулезные сифилиды: классификация и диагностика.
77. Поражение волос и ногтей при вторичном сифилисе.
78. Лабораторная диагностика сифилиса: нетрепонемные тесты (РМПИ, RPR).
79. Трепонемные тесты (ИФА, РПГА, РИФ): показания к назначению.
80. Превентивное и превентивно-профилактическое лечение сифилиса.
81. Гонококковая инфекция: этиология и патогенез.
82. Клиника гонореи у мужчин (острый уретрит).
83. Особенности течения гонореи у женщин и девочек.
84. Урогенитальный трихомониаз: диагностика и лечение.
85. Урогенитальный хламидиоз: клиника и осложнения.
86. Аногенитальная герпетическая инфекция: амбулаторная тактика.
87. Аногенитальные бородавки: методы деструкции.
88. Бактериальный вагиноз: критерии Амсея.
89. Генитальный кандидоз: принципы терапии.
90. ВИЧ-инфекция: пути передачи и группы риска.
91. Особенности ведения амбулаторной документации при выявлении ИППП.
92. Физические основы дерматоскопии (поляризация).
93. УЗИ кожи: возможности метода в диагностике глубины патологического процесса.
94. Цифровое картирование тела: показания при множественных невусах.
95. Общие принципы физиотерапии в дерматологии (УФ-терапия, дарсонвализация).
96. Дерматоскопия в амбулаторной практике врача-дерматовенеролога: показания, основные диагностические признаки и клиническое значение.
97. Криодеструкция: показания и техника выполнения.
98. Электрокоагуляция и радиоволновая хирургия в амбулаторной практике.
99. Фотодинамическая терапия: основные компоненты и принцип действия.
100. Принципы лазерной терапии в дерматологии (Nd:YAG лазер).

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1

На прием к дерматологу обратилась девушка 20 лет с жалобами на высыпания на коже лица, сопровождающиеся болезненностью и эстетическим дискомфортом. Считает себя больной с 15 лет. Обострения связывает с нарушением диеты (употребление сладкого) и фазами менструального цикла. Ранее применяла наружно спиртовые болтушки и косметические гели с антибиотиками, отмечала временное улучшение.

При осмотре: патологический процесс локализован исключительно на коже лица (лба, щек, подбородка). Кожа лица имеет выраженный жирный блеск, поры расширены. Отмечаются множественные открытые и закрытые комедоны, папулы и пустулы ярко-красного цвета. В области углов нижней челюсти и подбородка пальпируются глубокие болезненные инфильтраты синюшно-багрового цвета. На коже щек присутствуют застойные пятна и атрофические рубчики. На коже туловища и конечностей высыпаний нет.

Задания:

1. Каков предполагаемый диагноз?
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите план лечения.



Ситуационная задача 2

На прием к дерматологу обратилась женщина 56 лет с жалобами на появление темных пятен на коже туловища и конечностей. Высыпания существуют около полугода, отмечает сильный зуд. Из анамнеза известно, что пациентка в течение 8 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, постоянно принимает пероральные сахароснижающие препараты. Появление пятен ни с чем не связывает.

При осмотре: патологический процесс носит распространенный характер. В области крупных складок (подмолочные, подмышечные, пахово-бедренные), а также на коже боковых поверхностей туловища, поясничной области спины визуализируются многочисленные пятна темно-коричневого и серовато-бурого цвета, плоскими полигональными папулами темно-коричневого и грифельно-серого цвета с блестящей поверхностью. Пятна имеют нечеткие границы, склонны к слиянию в обширные очаги с сетчатым рисунком. На поверхности отдельных пятен при боковом освещении отмечается едва заметный жирный блеск. Слизистые оболочки полости рта и ногтевые пластины не изменены. Дермографизм розовый.

Задания:

1. Каков предполагаемый диагноз?
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите план лечения.



Ситуационная задача 3

К врачу-дерматовенерологу на амбулаторный прием пришел молодой человек 28 лет. Основной повод для обращения — высыпания на туловище и конечностях, которые существуют уже около 8 месяцев. Субъективных ощущений сыпь практически не вызывает, лишь изредка пациент отмечает слабовыраженный зуд. Из анамнеза известно, что элементы появляются волнообразно: пока одни разрешаются, рядом возникают новые. Использование увлажняющих лосьонов и антигистаминных препаратов эффекта не принесло.

Объективно: кожный процесс носит распространенный характер. На коже груди, живота, спины, а также на сгибательных поверхностях плеч и бедер располагаются множественные розовато-коричневые и ржаво-красные плоские папулы диаметром от 3 до 5 мм. На поверхности многих узелков имеется плотно сидящая центральная слюдообразная чешуйка, которая при поскабливании снимается целиком в виде облатки. Визуализируется ложный (эволюционный) полиморфизм сыпи: наряду со свежими папулами присутствуют очаги вторичной гипо- и гиперпигментации на местах разрешившихся элементов.

Для уточнения характера поражения врач провел дерматоскопическое исследование одной из папул (фотография дерматоскопической картины прилагается), при котором были выявлены оранжево-коричневые бесструктурные зоны, точечные сосуды и плотные беловатые чешуйки в центре образования.

1. Установите наиболее вероятный клинический диагноз, опираясь на описанную симптоматику и анамнез.

2. Перечислите заболевания, с которыми в первую очередь следует проводить дифференциальный поиск в данной клинической ситуации.

3. Составьте рекомендуемый план терапевтических мероприятий и укажите тактику дальнейшего ведения больного.



Ситуационная задача 4

На амбулаторный прием к врачу-дерматовенерологу обратилась студентка 19 лет. Девушка предъявляет жалобы на зудящие высыпания, сопровождающиеся покраснением и шелушением, на лице, туловище и руках, а также на выраженный эстетический дискомфорт.

Считает себя больной около двух месяцев. Первые симптомы появились на фоне сильного эмоционального перенапряжения во время сдачи экзаменационной сессии. Изначально возникло покраснение в области носогубных складок и бровей, затем процесс распространился на грудь, спину и предплечья. Из анамнеза известно, что с подросткового возраста пациентку периодически беспокоит перхоть. Использование косметических увлажняющих кремов ситуацию не улучшило.

При объективном осмотре: патологический кожный процесс носит распространенный, симметричный характер. Высыпания локализуются на коже лица, на туловище (в области грудины и межлопаточном пространстве), а также на наружных поверхностях плеч и предплечий. Очаги поражения представлены эритематозными пятнами и уплотненными бляшками розовато-желтого цвета с нечеткими, местами фестончатыми краями. На поверхности очагов отмечается скопление рыхлых, салых чешуек желтоватого оттенка. Волосистая часть головы обильно покрыта аналогичными жирными отрубевидными чешуйками. Субъективно пациентка отмечает умеренный зуд в местах высыпаний.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз, опираясь на локализацию и характер высыпаний.
2. Укажите основной этиопатогенетический фактор развития данного заболевания и перечислите дерматозы для дифференциальной диагностики.
3. Составьте план комплексной терапии, включающий системные, наружные препараты и лечебный уход за кожей.



Ситуационная задача 5

На прием к дерматологу пришла девушка 16 лет с жалобами на появление узелковых образований на правом большом пальце кисти.

Из анамнеза: первый элемент пациентка заметила около 5 месяцев назад. Посчитав это мозолью, пыталась самостоятельно срезать образование маникюрными ножницами, а также применяла косметическую жидкость на основе щелочи. В результате этих манипуляций первичный очаг увеличился в размерах, а рядом появились еще несколько мелких элементов. В настоящее время высыпания вызывают выраженный эстетический дискомфорт и мешают при письме.

При осмотре: патологический процесс локализуется на тыльной поверхности и в околоногтевой зоне правого большого пальца кисти. Представлен плотными полушаровидными папулами серовато-желтого цвета диаметром от 2 до 7 мм. Поверхность образований шероховатая, неровная, покрыта роговыми наслоениями, нормальный кожный рисунок на поверхности элементов прерван. При легком поскабливании кюреткой роговых масс на поверхности самой крупной папулы обнажаются множественные точечные включения темно-коричневого и черного цвета.

1. Установите развернутый клинический диагноз и укажите вирусного агента, являющегося причиной развития данного дерматоза.

2. Объясните механизм появления новых высыпаний после травматизации первичного элемента ножницами. Каков морфологический субстрат черных точек, выявляемых при поскабливании или дерматоскопии?

3. Разработайте план лечения пациентки. Обоснуйте выбор метода удаления образований с учетом их расположения в околоногтевой зоне и опишите рекомендации по профилактике рецидивов.



Ситуационная задача 6

На прием к дерматологу родители привели девочку 8 лет. Жалобы на появление белых пятен на лице. Первое пятно заметили около 4 месяцев назад во внутреннем углу левого глаза, постепенно очаги увеличились в размере и появились на правом веке. Субъективных ощущений (зуд, жжение) нет. Ранее лечение не проводилось.

При осмотре: патологический процесс локализован периорбитально, носит симметричный характер («эффект панды» или «очков»). Очаги представляют собой депигментированные пятна молочно-белого цвета с четкими границами, неправильной формы. Кожа в очагах гладкая, признаки воспаления, шелушения и атрофии отсутствуют. В зоне поражения на левом верхнем веке отмечается лейкотрихия (поседение ресниц). При осмотре в лучах лампы Вуда выявляется яркое сине-белое свечение очагов.

Задания:

1. Каков предполагаемый диагноз?
2. Какие обследования необходимо назначить для исключения сопутствующей патологии?
3. Какую тактику лечения следует выбрать?



Ситуационная задача 7

К дерматологу обратилась мать с мальчиком 11 лет. Жалобы на наличие нескольких участков выпадения волос на голове. Первое пятно заметили около 2 месяцев назад, за это время количество очагов увеличилось до пяти. Субъективных жалоб нет. Ребенок в течение последнего полугодия находится на диспансерном учете у невролога по поводу тиков.

При осмотре: на коже волосистой части головы (в теменной и затылочной областях) определяются 5 округлых очагов выпадения волос диаметром от 1,5 до 3 см. Кожа в очагах гладкая, розовая, без признаков шелушения и рубцевания, устья волосяных фолликулов сохранены. При потягивании волос по периферии очагов они легко и безболезненно извлекаются (положительный «тест натяжения»). При осмотре выявлены «волосы в виде восклицательного знака». Ногтевые пластины имеют точечные вдавления («симптом наперстка»).

Задания:

1. Каков клинический диагноз?
2. Какие диагностические признаки подтверждают стадию процесса?
3. Предложите план терапии.



Ситуационная задача 8

На прием к дерматологу обратилась женщина 45 лет с жалобами на болезненные высыпания и сильный зуд под молочными железами. Высыпания появились около недели назад, состояние быстро ухудшилось после посещения бани. Пациентка страдает сахарным диабетом 2 типа, отмечает частые колебания уровня глюкозы в крови.

При осмотре: в инфрамарной области (складки под молочными железами) с обеих сторон визуализируются очаги ярко-красного цвета с лаковым блеском и умеренной влажностью. Границы очагов четкие, по периферии наблюдается отслойка рогового слоя эпителия в виде белесоватого воротничка. Вокруг основных очагов располагаются многочисленные мелкие «отсевы» в виде пустул и эритематозных пятен. В глубине складок определяются болезненные трещины и скопление беловатого налета.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие лабораторные методы необходимы для верификации возбудителя?
3. Какова тактика лечения с учетом сопутствующего заболевания?



Ситуационная задача 9

На прием к врачу-терапевту обратился молодой человек 26 лет с жалобами на внезапно появившиеся высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся нестерпимым зудом.

Из анамнеза: высыпания появились около 4 часов назад. Пациент отмечает, что элементы возникают быстро, существуют от нескольких минут до нескольких часов, после чего бесследно исчезают в одном месте и появляются в другом. Подобное состояние отмечает впервые. За 2 часа до появления сыпи употреблял в пищу морепродукты. Жалоб на затрудненное дыхание или отек губ и век не предъявляет.

При осмотре: на коже груди, живота и верхних конечностей визуализируются многочисленные волдыри различных размеров (от 1 до 10 см в диаметре), приподнятые над уровнем кожи. Элементы имеют ярко-розовый цвет, в центре некоторых из них отмечается зона побледнения. Границы высыпаний четкие, очертания неправильные. При пальпации элементы плотные. На коже в местах расчесов наблюдается выраженный розовый дермографизм.

Задания:

1. Каков предполагаемый диагноз и предполагаемая форма заболевания по продолжительности течения?
2. Какие признаки при осмотре позволяют отличить данное состояние от других воспалительных дерматозов?
3. Какова тактика оказания первой помощи и рекомендации по дальнейшему режиму питания?



Ситуационная задача 10

На прием к дерматологу родители привели ребенка 5 лет. Жалобы на появление на лице мелких безболезненных узелков. Первое образование заметили месяц назад над правой бровью, после чего количество элементов начало увеличиваться. Ребенок посещает детский сад и бассейн.

При осмотре: на коже лба, век и щек располагаются изолированные плотные полушаровидные папулы диаметром от 2 до 4 мм. Узелки имеют цвет нормальной кожи с характерным перламутровым блеском. В центре каждого элемента определяется пупковидное вдавление. При надавливании на папулу пинцетом из центрального отверстия выделяется крошковатая масса белого цвета. Признаков воспаления вокруг элементов не наблюдается.

Задания:

1. Установите клинический диагноз.
2. Каков путь заражения и механизм распространения высыпаний у данного ребенка?
3. Какую тактику лечения и профилактики следует предложить?



Ситуационная задача 11

На прием к дерматологу обратилась женщина 45 лет с жалобами на появление на коже груди красного пятна, которое постепенно увеличивается в размере и сопровождается легким зудом. Высыпание заметила около 3 недель назад. Пациентка проживает в частном доме, имеет двух кошек, которые имеют доступ на улицу. Самостоятельно применяла мазь «Тридерм» в течение 5 дней, на фоне чего зуд уменьшился, но края пятна стали более расплывчатыми.

При осмотре: на коже левой молочной железы визуализируется один очаг поражения округлой формы диаметром около 5 см. Очаг имеет четко выраженный приподнятый периферический валик, состоящий из мелких розовых папул и единичных корочек. Центр очага более бледный, с легким мелкопластинчатым шелушением, что придает элементу вид «кольца в кольце». Волосы в зоне поражения (пушковые) визуальны не изменены.

Задания:

1. Каков наиболее вероятный клинический диагноз?
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза до начала лечения?
3. Предложите тактику наружной терапии и укажите необходимые противоэпидемические мероприятия.



Ситуационная задача 12

На прием к дерматологу обратилась девушка 26 лет с жалобами на высыпания вокруг рта, сопровождающиеся чувством жжения, стянутости и периодическим зудом.

Из анамнеза: считает себя больной около 3 месяцев. Ранее по совету подруги использовала фторированную зубную пасту и активно применяла гормональный крем (флуоцинолона ацетонид) для устранения небольшого шелушения, что приносило временное облегчение. При попытке отменить крем состояние кожи резко ухудшилось: высыпания стали ярче и распространились на подбородок.

При осмотре: на коже подбородка, в носогубных складках и вокруг губ визуализируются многочисленные мелкие розово-красные папулы диаметром 1–2 мм, расположенные на фоне умеренной эритемы и шелушения. Характерной особенностью является наличие узкой полоски (2–3 мм) здоровой, неповрежденной кожи непосредственно вокруг красной каймы губ. При осмотре век и лба патологических элементов не обнаружено. Комедоны отсутствуют.

Задания:

1. Поставьте диагноз и укажите специфический клинический признак, описанный у пациентки.
2. Какую ошибку допустила пациентка в самолечении и как называется обострение процесса после прекращения использования гормональных мазей?
3. Сформулируйте план лечения и дайте рекомендации по уходу за кожей.



Ситуационная задача 13

На прием к дерматологу мать привела мальчика 8 лет с жалобами на болезненные высыпания в области подбородка. Жалобы появились 4 дня назад после микротравмы (падения на улице). Ребенок периодически расчесывает пораженную область.

При осмотре: на коже подбородочной области на фоне разлитой ярко-красной эритемы визуализируются множественные наслоения массивных корок. Корки имеют характерный неоднородный цвет: от золотисто-желтого («медового») до темно-красного (геморрагического). Кое-где по периферии корок видны остатки тонкостенных пузырей с мутным содержимым и участки ярко-красных мокнущих эрозий. Подчелюстные лимфатические узлы при пальпации слегка увеличены и чувствительны. Температура тела в норме.

Задания:

1. Каков предполагаемый диагноз?
2. Какие факторы способствовали распространению процесса у данного пациента?
3. Предложите тактику наружного лечения и правила гигиены для предотвращения самозаражения.



Ситуационная задача 14

На прием к дерматологу обратилась девочка 12 лет в сопровождении матери. Жалобы на наличие обильной перхоти, покраснение и зуд кожи головы, который усиливается при потоотделении. Проблема беспокоит около года, обострения отмечаются в холодное время года и в периоды школьных нагрузок. Использование обычных косметических шампуней против перхоти дает лишь кратковременный эффект.

При осмотре: на коже волосистой части головы, преимущественно в затылочной и теменной областях, а также вдоль линии роста волос («себорейная корона»), определяются участки эритемы с нечеткими границами. Очаги покрыты большим количеством жирных, рыхлых чешуек желтовато-серого цвета. При потягивании волосы не выпадают, структура стержней не изменена.

Врачом проведена дерматоскопия пораженной зоны. На дерматоскопическом снимке визуализируются характерные древовидно разветвленные и петлеобразные расширенные сосуды на розовом фоне, а также специфическое «перифолликулярное шелушение» в виде желтоватых сальных чешуек, муфтообразно охватывающих основания волос.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дерматоскопические признаки позволяют отличить данное состояние от псориаза волосистой части головы?
3. Назначьте схему лечения и дайте рекомендации по выбору лечебных средств гигиены.



Ситуационная задача 15

На прием к дерматологу обратилась женщина 56 лет с жалобами на сохранение сильно зудящих узелков на коже тела и половых органов. Из анамнеза известно, что 3 недели назад пациентка закончила полный курс лечения чесотки с использованием мази бензилбензоата. Контрольный осмотр подтвердил отсутствие чесоточных клещей (микроскопия отрицательная), однако зуд и часть элементов не исчезли.

При осмотре: патологический процесс локализован на коже туловища, внутренней поверхности бедер и на большой половой губе слева. Высыпания представлены немногочисленными (около 8–10 элементов), плотными полушаровидными папулами и узлами диаметром 5–8 мм. Элементы имеют застойно-красный или буровато-коричневый цвет, поверхность их гладкая, местами видны следы расчесов. Характерно, что новые элементы не появляются, но существующие узлы крайне резистентны к терапии и вызывают мучительный зуд, особенно ночью.

Задания:

1. Каков диагноз и чем обусловлено развитие данного состояния (патогенез)?
2. Какие признаки позволяют отличить это состояние от рецидива или недолеченной чесотки?
3. Какова тактика лечения этих специфических элементов и прогноз их разрешения?



Ситуационная задача 16

На прием к дерматологу мать привела мальчика 9 лет. Жалобы на появление на коже бедер «шероховатости», которая создает ощущение «гусиной кожи» и мешает ребенку. Высыпания появились несколько месяцев назад, субъективно (боль, зуд) не беспокоят. Ребенок страдает atopическим дерматитом в стадии ремиссии.

При осмотре: патологический процесс локализован симметрично на разгибательных поверхностях бедер. Очаги представлены множественными мелкими (1–2 мм) фолликулярными папулами цвета нормальной кожи. Из центра каждого узелка выступает тонкий роговой шипик сероватого цвета. При поглаживании кожи ладонью ощущается выраженная шероховатость (симптом «терки»). Элементы расположены очень густо, группами, но не склонны к слиянию. Воспалительная реакция вокруг узелков отсутствует.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями (фолликулярными кератозами) необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какова тактика лечения и рекомендации по уходу за кожей (выбор наружных средств)?



Ситуационная задача 17

На прием к дерматологу обратилась женщина 48 лет с жалобами на болезненные трещины и резкое огрубение кожи ладоней и подошв. Болеет около 5 лет, отмечает ухудшение в зимний период и после физической нагрузки. Работа пациентки связана с постоянным контактом с бумагами и антисептиками.

При осмотре: патологический процесс локализован симметрично на коже ладоней и подошв. Наблюдается выраженная диффузная инфильтрация и гиперкератоз: кожа значительно утолщена, имеет желтовато-розовый цвет. На фоне гиперкератоза видны глубокие, болезненные кровоточащие трещины. Границы поражения четкие, по периферии очагов на боковых поверхностях стоп и кистей наблюдается характерный венчик отслойки рогового слоя. Ногтевые пластины кистей утолщены, с точечными вдавлениями по типу «наперстка» и участками онихолизиса. На других участках кожного покрова высыпаний нет.

Задания:

1. Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику.
2. Какие специфические феномены могут быть выявлены при поскабливании элементов (если бы они располагались на гладкой коже)?
3. Назначьте план лечения, включая наружную терапию (кератолитики, топические глюкокортикостероиды) и рекомендации по режиму.



Ситуационная задача 18

На прием к дерматовенерологу обратился мужчина 26 лет, гражданин Узбекистана, с жалобами на наличие крупной язвы на половом члене. Болеет около недели. Половой контакт (незащищенный) имел место около 4 недель назад. Субъективно язва не вызывает боли, но пугает пациента своими размерами.

При осмотре: на коже ствола полового члена визуализируется одиночный язвенный дефект округлой формы диаметром 1,5 см. Края язвы ровные, валикообразно приподнятые, дно чистое, мясо-красного цвета. При пальпации в основании язвы определяется мощный, четко отграниченный инфильтрат плотноэластической консистенции («картонажный» на ощупь). Паховые лимфатические узлы с обеих сторон увеличены до 2 см, плотные, безболезненные, не спаяны между собой и с кожей. Общее состояние пациента не нарушено.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз и укажите специфическое название данной клинической разновидности первичного аффекта.
2. Какое обязательное лабораторное исследование «в темном поле» необходимо провести в первую очередь?
3. Опишите тактику врача в отношении обследования половых партнеров пациента и правовые аспекты лечения иностранных граждан с данной патологией.



Ситуационная задача 19

На прием к дерматовенерологу обратился мужчина 31 года с жалобами на появление безболезненных высыпаний во рту, которые мешают при приеме пищи. Считает себя больным около 2 недель. Около двух месяцев назад отмечал наличие небольшой ссадины на половом члене, которая зажила самостоятельно без лечения.

При осмотре: на спинке и боковых поверхностях языка визуализируются множественные папулы округлой формы диаметром от 0,5 до 1 см. Элементы имеют застойно-красный цвет, лишены сосочков, из-за чего их поверхность выглядит абсолютно гладкой и блестящей («симптом скошенного луга»). Папулы четко отграничены от окружающей слизистой, безболезненны при пальпации, признаков изъязвления нет. На коже туловища и ладоней при тщательном осмотре обнаружена бледная розеолезная сыпь и единичные лентикулярные папулы. Паховые и подчелюстные лимфатические узлы увеличены, плотноэластические, безболезненные.

Задания:

1. Установите клинический диагноз и стадию заболевания.
2. С какими заболеваниями слизистой оболочки полости рта необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какова эпидемиологическая опасность данного пациента и какие лабораторные тесты необходимы для подтверждения диагноза?



Ситуационная задача 20

На прием к дерматологу обратилась девушка 30 лет с жалобами на быстрорастущее новообразование на безымянном пальце правой кисти. Опухоль появилась около 3 недель назад на месте небольшой травмы (укол шипом розы). Образование постоянно травмируется и сильно кровоточит даже при легком прикосновении.

При осмотре: на тыльной поверхности дистальной фаланги четвертого пальца правой кисти визуализируется одиночный опухолевидный узел на широком основании диаметром около 0,8 см. Элемент имеет ярко-красный (цвета сырой печени) цвет, поверхность его влажная, местами покрыта геморрагическими корками. Характерной особенностью является наличие воротничка из отслоившегося эпителия у основания узла. При пальпации образование мягкое, безболезненное, отмечается выраженная контактная кровоточивость. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Задания:

1. Каков предполагаемый диагноз и какова этиопатогенетическая природа данного образования?
2. С какими новообразованиями кожи, в том числе злокачественными, необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Предложите тактику лечения и укажите, необходимо ли гистологическое исследование удаленного материала.



Ситуационная задача 21

На прием к дерматологу обратилась женщина 68 лет с жалобами на выраженный зуд, чувство жжения и сухость в области половых органов. Симптомы беспокоят в течение последних двух лет, постепенно усиливаясь. Использование противогрибковых мазей и увлажняющих гелей приносило лишь кратковременное облегчение.

При осмотре: патологический процесс локализован в области больших и малых половых губ, промежности и вокруг ануса. Очаги поражения имеют вид четко очерченных пятен и бляшек фарфорово-белого цвета с перламутровым блеском. Кожа в очагах истончена, напоминает по виду «папиросную бумагу», легко собирается в складки. На поверхности бляшек видны единичные телеангиэктазии и мелкие геморрагии. Из-за выраженной атрофии отмечается сужение входа во влагалище и частичное сглаживание малых половых губ. Форма поражения напоминает «песочные часы» или «цифру восемь», охватывая вульву и перианальную область.

Задания:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие морфологические изменения кожи определяют характерный вид «папиросной бумаги»?
3. Какова тактика лечения (группы препаратов) и почему такие пациентки нуждаются в длительном диспансерном наблюдении?



Ситуационная задача 21

На прием к дерматологу обратилась женщина 66 лет с жалобами на появление плотных пятен на коже туловища. Первые высыпания заметила около года назад в области живота. Субъективно беспокоит чувство стянутости кожи в местах поражения. Из анамнеза известно, что 5 лет назад пациентка перенесла операцию и курс лучевой терапии по поводу рака молочной железы, в настоящее время находится в стадии ремиссии под наблюдением онколога.

При осмотре: патологический процесс носит ограниченный характер. Очаги поражения локализуются на коже живота, в подвздошной области слева, на коже молочной железы (в зоне послеоперационного рубца) и в подмышечной впадине. Очаги представляют собой округлые и овальные бляшки диаметром от 3 до 7 см, желтовато-белого цвета («цвета слоновой кости») с характерным восковидным блеском. В центре очагов кожа плотная, не собирается в складку (положительный симптом «доски»). По периферии большинства пятен визуализируется узкий ободок лилового или розовато-фиолетового цвета (лиловое кольцо). В подмышечной области кожа в центре очага истончена, через нее просвечивает сосудистый рисунок.

Задания:

1. Сформулируйте клинический диагноз и определите стадию активности процесса.
2. Какую роль в развитии данных очагов (особенно в области груди) мог сыграть онкологический анамнез и перенесенное лечение?
3. Каков план обследования и лечения пациентки? Требуется ли назначение системной терапии?



Ситуационная задача 22

В дерматологический стационар поступил мужчина 36 лет с жалобами на наличие крайне зудящих, массивных высыпаний на коже ягодиц и предплечий. Болеет около полутора лет, амбулаторное лечение типичными дозами наружных глюкокортикостероидов значимого эффекта не дало. Зуд носит мучительный характер, лишает пациента сна и вызывает постоянное желание травмировать очаги.

При осмотре: патологический процесс носит симметричный характер, локализован на коже ягодиц и разгибательной поверхности обоих предплечий. Очаги представлены крупными, резко инфильтрированными, возвышающимися бляшками синюшно-фиолетового цвета. Поверхность бляшек неровная, бородавчатая, покрыта мощными роговыми наслоениями. При осмотре в боковом освещении на поверхности элементов заметен характерный восковидный блеск. Вдоль края бляшек и на коже предплечий вне основных очагов видны немногочисленные типичные мелкие полигональные папулы с пупковидным вдавлением в центре. Слизистые оболочки и ногтевые пластины интактны.

Задания:

1. Установите клинический диагноз с указанием формы. Чем объясняется неэффективность ранее проводимого стандартного наружного лечения?
2. Какие диагностические признаки (в том числе при осмотре под увеличением) подтверждают данный диагноз? С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный ряд в условиях стационара?
3. Предложите план комплексной стационарной терапии, учитывая торпидность процесса и выраженную инфильтрацию очагов. Обоснуйте выбор методов доставки лекарственных веществ.



Ситуационная задача 23

В дерматологический стационар поступила девушка 26 лет с жалобами на практически сплошное поражение кожи, мучительный, «биопсирующий» зуд, нарушение сна, озноб и чувство стянутости кожи. Страдает кожными высыпаниями с раннего детства, имеет сопутствующий аллергический полиноз. Настоящее обострение длится более двух месяцев, амбулаторная терапия антигистаминными препаратами и стандартными мазями эффекта не дала.

При осмотре: патологический процесс носит универсальный характер, занимая более 90% поверхности кожного покрова (состояние эритродермии). Кожа ярко-красного цвета с сероватым оттенком, сухая, горячая на ощупь, обильно шелушится мелкими чешуйками. В области локтевых и подколенных сгибов, на шее, лице и тыле кистей наблюдается резко выраженная лихенификация: кожа значительно утолщена, кожный рисунок усилен, напоминает «шахматную доску». Визуализируются множественные линейные эскориации, покрытые геморрагическими корками.

При проведении диагностического штрихового раздражения кожи через 15–20 секунд появляется стойкая белая полоса (белый дермографизм). Лицо пациентки одутловатое, отмечается гиперпигментация век и характерная складка кожи под нижним веком (линия Дени-Моргана). Пальпируются увеличенные, безболезненные подмышечные и паховые лимфатические узлы.

Задания:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз. О чем свидетельствует наличие белого дермографизма у данной пациентки?
2. Какие лабораторные показатели (общий и специфические маркеры) необходимо проконтролировать в стационаре для оценки тяжести состояния?
3. Составьте план интенсивной стационарной терапии, включая системные препараты и тактику наружного лечения. Обоснуйте необходимость консультации смежных специалистов.



Ситуационная задача 24

На прием к дерматологу обратился молодой человек 22 лет с жалобами на внезапно появившиеся высыпания на коже кистей и предплечий, сопровождающиеся зудом и чувством жжения. Из анамнеза известно, что около 10 дней назад пациент перенес обострение герпетической инфекции (высыпания на губах), а 3 дня назад впервые заметил пятна на руках. Подобное состояние отмечает второй раз за год.

При осмотре: патологический процесс локализован симметрично на тыльной поверхности кистей, ладонях и разгибательной поверхности предплечий. Очаги представлены ярко-красными отечными пятнами и плоскими папулами округлой формы диаметром от 0,5 до 2 см. Характерной особенностью элементов является их «мишеневидный» вид (симптом «кокарды»): центр папул имеет синюшно-багровый оттенок с небольшим пузырьком в середине, окруженным валиком сочной эритемы, который, в свою очередь, окаймлен более светлым розовым ободком. На ладонях высыпания имеют более насыщенный цвет. Слизистая оболочка полости рта не поражена. Температура тела 37,2°C.

Задания:

1. Установите клинический диагноз и укажите наиболее вероятный провоцирующий фактор в данном случае.
2. Проведите дифференциальный диагноз. Какие морфологические признаки позволяют отличить это заболевание от вторичного сифилиса?
3. Какова тактика лечения и профилактики рецидивов данного заболевания?



Ситуационная задача 25

В дерматологический стационар поступил мужчина 56 лет с жалобами на распространенные высыпания на коже верхних конечностей, сопровождающиеся интенсивным зудом, а также на дискомфорт и чувство шероховатости в полости рта. Болеет около полугода, амбулаторное лечение наружными средствами не привело к регрессу очагов. Из анамнеза известно, что пациент страдает хроническим гепатитом С.

При осмотре: патологический процесс локализован симметрично. На сгибательных поверхностях лучезапястных суставов, предплечий и в области локтевых сгибов визуализируются множественные полигональные папулы красно-фиолетового цвета с характерным восковидным блеском при боковом освещении. В центре многих узелков определяется пупковидное вдавление. При смачивании поверхности папул водой визуализируется мелкосетчатый белый рисунок. В местах трения манжетами рубашки отмечается линейное расположение свежих узелков.

На слизистой оболочке щек (по линии смыкания зубов) и на спинке языка определяются множественные мелкие белесоватые папулы, образующие причудливый сетчатый и кольцевидный рисунок, не соскабливающийся при поскабливании шпателем.

Задания:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз. Как называется патогномоничный феномен, обнаруженный на коже при смачивании папул?
2. Какие диагностические признаки подтверждают прогрессирующую стадию заболевания у данного пациента?
3. Составьте план стационарного лечения. Консультация какого специалиста обязательна для данного пациента, учитывая сопутствующую патологию?



Ситуационная задача 26

На прием к дерматологу обратился мужчина 68 лет с жалобами на наличие небольшой незаживающей «ранки» на коже носа. Образование появилось около полутора лет назад, субъективно не беспокоит, но периодически покрывается тонкой корочкой, которая при случайном задевании отпадает, обнажая кровоточащую поверхность. Из анамнеза известно, что пациент много лет работал строителем на открытом воздухе.

При осмотре: патологический процесс локализован на крыле носа слева. Очаг представлен небольшой поверхностной эрозией округлой формы диаметром 0,5 см с гладким дном мясо-красного цвета. Характерной особенностью является наличие по периферии эрозии узкого, плотного, приподнятого валика, состоящего из

мелких блестящих узелков («жемчужин»), имеющих перламутровый оттенок. В основании эрозии и на ее периферии визуализируются единичные древовидные телеангиэктазии.

Окружающая кожа лица сухая, атрофичная, с выраженными признаками фотоповреждения: множественными телеангиэктазиями, очагами гиперпигментации и глубокими морщинами. Регионарные лимфатические узлы при пальпации не определяются.

Задания:

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз и укажите конкретную клиническую форму заболевания.
2. Проведите дифференциальный диагноз. С какими заболеваниями (инфекционными и неопластическими) следует дифференцировать эрозивный дефект данной локализации?
3. Какова тактика обследования для подтверждения диагноза? Какие методы деструкции или лучевой терапии наиболее целесообразны при данной локализации?



Ситуационная задача 27

На прием к дерматовенерологу обратилась женщина 28 лет с жалобами на появление разрастаний в области промежности. Образование заметила около 2 месяцев назад, отмечает его медленный рост. Субъективно высыпания не беспокоят, но вызывают эстетический дискомфорт и опасения в связи с возможным распространением. Половой партнер жалоб не предъявляет.

При осмотре: на коже промежности справа визуализируется одиночное мягкое разрастание телесного цвета. Образование расположено на широком основании, имеет ворсинчатую, дольчатую структуру, по внешнему виду напоминающую «петушиный гребень» или «цветную капусту». Размер элемента составляет около 1 см в диаметре. При пальпации образование безболезненное, не спаяно с подлежащими тканями, признаков воспаления или изъязвления не отмечается. При осмотре слизистой оболочки влагалища и шейки матки (в зеркалах) дополнительных образований не выявлено.

Задания:

1. Каков ваш предполагаемый диагноз и какой этиологический фактор вызывает данную патологию?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести пациентке для исключения сопутствующих инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и скрининга патологии шейки матки?
3. Предложите план лечения (химическая деструкция, физические методы) и укажите рекомендации в отношении полового партнера.



Ситуационная задача 28

На прием к дерматовенерологу обратился мужчина 32 лет с жалобами на появление на голове многочисленных участков поредения волос. Из анамнеза установлено, что около 6 месяцев назад пациент отмечал наличие язвы на половом члене, которая прошла самостоятельно. В течение последних 3 месяцев периодически беспокоили несильные боли в горле и охриплость голоса.

При осмотре: на коже волосистой части головы (преимущественно в височных и затылочной областях) визуализируются множественные мелкие очаги поредения волос диаметром от 0,5 до 1,5 см. Очаги не имеют четких границ, волосы в них выпали не полностью, что придает голове вид «меха, побитого молью». Кожа в местах поражения не воспалена, шелушение и рубцовая атрофия отсутствуют. При осмотре туловища обнаружены едва заметные буровато-красные пятна и единичные папулы. Пальпируются увеличенные, плотноэластические, безболезненные лимфатические узлы (шейные, подмышечные, паховые).

Задания:

1. Сформулируйте клинический диагноз и укажите форму поражения волос.
2. На основании каких данных анамнеза и клинической картины поставлен диагноз? С какими видами алопеции) необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какова тактика лабораторного подтверждения диагноза? Какое исследование ликвора (спинномозговой жидкости) показано данному пациенту и почему?



Ситуационная задача 29

На прием к дерматологу обратилась девушка 25 лет с жалобами на покраснение и неприятный зуд в области за ушными раковинами, а также на наличие перхоти. Болеет около месяца, связывает ухудшение состояния с нарушением диеты и стрессом на работе. Ранее отмечала лишь периодическое шелушение кожи головы.

При осмотре: патологический процесс локализован преимущественно в заушных складках с обеих сторон. Визуализируются эритематозные пятна ярко-розового цвета с четкими границами, поверхность которых покрыта жирными желтоватыми чешуйками. В глубине заушных складок отмечаются болезненные трещины и мокнутие. На волосистой части головы воспалительные явления выражены слабо, однако определяется диффузное мелкопластинчатое шелушение по всей поверхности. Кожа лица, груди и спины чистая.

Задания:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз (в первую очередь с псориазом складок и стрептококковой опрелостью).

3. Предложите план лечения, включая выбор лекарственных форм (мази, кремы, шампуни) и рекомендации по диете.



Ситуационная задача 30

На прием к дерматовенерологу обратилась женщина 36 лет с жалобами на появление распространенной сыпи на туловище и конечностях. Высыпания заметила около 2 недель назад, зуд и болезненность отсутствуют. Около 3 месяцев назад пациентка отмечала появление небольшой безболезненной ссадины в области половых губ, которая зажила самостоятельно. Неделю назад отметила общее недомогание и субфебрильную температуру.

При осмотре: патологический процесс носит распространенный, симметричный характер. На коже туловища, боковых поверхностях грудной клетки и живота визуализируются множественные пятнистые высыпания розовато-красного цвета (розеолы) диаметром до 1 см, с нечеткими контурами, не склонные к слиянию. Наряду с пятнами на ладонях, подошвах и в области лопаток определяются плотные медно-красные лентикулярные папулы. По периферии некоторых папул на ладонях наблюдается характерное шелушение в виде воротничка. Пальпируются увеличенные, плотноэластические, «холодные» лимфатические узлы всех групп (полиаденит).

Задания:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и определите стадию заболевания.
2. Как называется патогномоничный вид шелушения папул на ладонях, описанный у пациентки? С какими дерматозами (розовый лишай, псориаз) следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какова тактика лабораторного подтверждения диагноза? Опишите необходимые противоэпидемические мероприятия в отношении окружения пациентки.



Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

Полный перечень вопросов к первому этапу государственного экзамена приведен в Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АС ПКВК).

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускаются, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров, ссылка на электронный источник
1.	Дерматология по Фицпатрику в 4 томах. Под ред. Кана С., Амагаи М., Брукнер А.Л. и др. Перевод с англ. Потекаева Н.Н., М.: ГЭОТАР-Медиа, 2025. – 3432 с.	2
2.	Тактика врача-дерматовенеролога. Практическое руководство. Под ред. Н.Н. Потекаева. ГЭОТАР-Медиа, 2022, 208 стр.	2
3.	Дерматовенерология: Учебник. 4-е изд., перераб. и доп. Под ред. Самцова А.В. ГЭОТАР-Медиа, 2026. – 527 с.	2
4.	Иллюстрированное руководство по дерматологии. Для подготовки врачей к аккредитации. Под ред. Олисовой О.Ю., Теплюк Н.П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 376 с.	2
5.	Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание. Издательство. Под ред. Ю.С. Бутова, Ю.К. Скрипкина, О.Л. Иванова ГЭОТАР-Медиа, 2020, 896с.	2
6.	Практические навыки в дерматовенерологии. Справочник. ГЭОТАР-Медиа, под ред. Т.В. Соколовой, 2023, 280 стр.	2
7.	Альбанова В.И., Пампура А.Н. Атопический дерматит. Библиотека врача-специалиста ГЭОТАР-Медиа, 2020, 144 с.	2
8.	Кубанова А.А., Скрипкин Ю.К. (ред.) Дерматовенерология: национальное руководство [Электронный ресурс]. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1022 с.	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN97

		85970427965.html
9.	Чеботарев В.В., Аскалов М.С. Дерматовенерология: учебник [Электронный ресурс]. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 680 с.	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455968.html
10.	Уджуху В.Ю., Шарова Н.М., Тихомиров А.А. и др. Дерматозы с поражением слизистой оболочки ротовой полости: учебное пособие [Электронный ресурс] / под ред. Н.Г. Короткого, В.Ю. Уджуху. — Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2017. — 75 с	https://rsmu.info/systema.ru/uploader/fileUpload?name=33bn.pdf&show=dcatalogues/1/3611/33bn.pdf&view=true
11.	Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни: учебник для медицинских вузов [Электронный ресурс]. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 538 с.	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970419939.html
12.	Ламоткин И.А. Онкодерматология: атлас: 1225 цветных иллюстраций: учебное пособие [Электронный ресурс]. — 2-е изд., электрон. — Москва, 2020	https://rsmu.info/systema.ru/uploader/fileUpload?name=118bn.pdf&show=dcatalogues/1/5359/118bn.pdf&view=true
13.	Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. Инфекционные болезни у детей: учебник [Электронный ресурс]. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 790 с	2
14.	Дерматовенерология: руководство для врача / под ред. Ю.С. Бутова, Н.Н. Потекаева, В.Ю. Васеновой. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 632 с.	2
15.	Вейнберг С., Проуз Н., Кристал Л. Детская дерматология: атлас / пер. с англ. под ред. Н.Н. Потекаева, А.Н. Львова. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 333 с.	2
16.	Булаева Г.Н., Хамаганова И.В. Кандидоз: учебное пособие для студентов. — Москва, 2013.	2
17.	Мачарадзе Д.Ш. Атопический дерматит у детей: руководство. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 376 с	2
18.	Потекаев Н.С., Потекаев Н.Н., Львов А.Н. Распознавание болезней кожи дерматовенерологам, косметологам, врачам общей практики. Москва: МДВ, 2016. — 110 с.	2
19.	Пальцев М.А., Потекаев Н.Н., Казанцева И.А., Кряжева С.С. «Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней. Руководство для врачей». Медицина, 2010 г. — 511с.	2