

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

Второй 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.....	99
4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации	100

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 во втором 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 СпВО).

Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации «Врач-дерматовенеролог (медицинская помощь в стационарных 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 второго этапа программы ординатуры и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

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

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных на втором 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)	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
---------------------------------	--

общепрофессиональных компетенций	
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 специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой, поражениями суставов, лимфопролиферативными заболеваниями
	ПК-2. Способен оказывать специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем
	ПК-3. Способен проводить медицинские экспертизы в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара
	ПК-4. Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара
	ПК-5. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствии 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 обучающимися в результате освоения второго 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 второго 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.	Пациент 58 лет с псориатической эритродермией (PASI 52), гипертермией до 39,1°C, гипоальбуминемией и нарушением электролитного баланса доставлен в приемное отделение дерматологического стационара. Каков алгоритм оформления госпитализации в экстренном порядке согласно приказу Минздрава?
	А) Оформление госпитальной карты (ф. 003/у), составление первичного врачебного осмотра, оформление экстренного извещения (при инфекционной природе), выдача листка нетрудоспособности, решение врачебной комиссии о госпитализации
	Б) Только заполнение информированного добровольного согласия и передача документов в отделение

	В) Направление ф. 057/у от участкового врача и амбулаторная карта
	Г) Заполнение формы 088/у для направления на МСЭ
	Д) Прием дежурным врачом без оформления документации до стабилизации состояния
2.	У пациентки 42 лет с тяжелым течением истинной пузырчатки в дерматологическом стационаре на фоне пульс-терапии метилпреднизолоном развилась фебрильная нейтропения и сепсис. Какой принцип организации медицинской помощи должен быть активирован незамедлительно?
	А) Перевод пациента в амбулаторные условия для продолжения иммуносупрессивной терапии
	Б) Проведение врачебного консилиума, коррекция доз иммуносупрессантов, начало эмпирической антибактериальной терапии, мониторинг в условиях палаты интенсивной терапии
	В) Снижение дозы преднизолона и наблюдение дежурного врача
	Г) Направление в хирургическое отделение для санации очагов
	Д) Консультация онколога без изменения текущей терапии
3.	Пациент 65 лет с распространенным псориазом (PASI 30) выписан из стационара после подбора биологической терапии (инфликсимаб). В выписном эпикризе указаны рекомендации по контролю маркеров воспаления, регулярным осмотрам кожи и суставов, а также по мониторингу побочных эффектов. Каков порядок дальнейшего диспансерного наблюдения согласно клиническим рекомендациям?
	А) Наблюдение только у ревматолога без участия дерматовенеролога
	Б) Диспансерное наблюдение дерматовенерологом по месту жительства с периодичностью не реже 1 раза в 3 месяца в первый год
	В) Самостоятельный прием препаратов пациентом без врачебного контроля до следующего обострения
	Г) Направление на МСЭ для установления группы инвалидности независимо от динамики
	Д) Передача пациента под наблюдение терапевта без профильного дерматологического контроля
4.	В дерматологический стационар поступил пациент 38 лет с подозрением на синдром Стивенса-Джонсона после приема антибиотика. Площадь отслойки эпидермиса составляет 15%, поражены слизистые полости рта и конъюнктивы. Каковы основные медицинские показания для госпитализации в специализированное отделение?
	А) Только наличие кожных высыпаний независимо от площади поражения
	Б) Площадь поражения кожи >10%, вовлечение слизистых оболочек
	В) Возраст пациента моложе 40 лет
	Г) Наличие аллергического анамнеза без системных проявлений
	Д) Желание пациента пройти лечение в стационарных условиях
5.	Пациентка 29 лет с тяжелым атопическим дерматитом (SCORAD 68) находится на стационарном лечении. В рамках реабилитации и профилактики рецидивов врач планирует обучить пациента методам базового ухода за кожей. Какие санитарно-просветительные мероприятия являются обязательными согласно стандартам помощи?

	А) Проведение индивидуальных и групповых занятий по технике нанесения эмолентов, правилам гигиены, распознаванию триггеров, ведению дневника симптомов, с оформлением записи в истории болезни и выдачей памятки для домашнего использования
	Б) Только выдача брошюры с общими рекомендациями при выписке
	В) Рекомендация избегать контакта с водой и мылом навсегда
	Г) Назначение только системных кортикостероидов без обучения уходу
	Д) Передача пациента в школу аллергологии без участия дерматолога стационара
6.	Мужчина 52 лет, работающий на химическом производстве, госпитализирован с тяжелым профессиональным аллергическим контактным дерматитом. Для подтверждения профессионального характера заболевания и оформления документов на МСЭ требуется взаимодействие с другими службами. Какой алгоритм документального оформления и маршрутизации является верным?
	А) Только заполнение направления ф. 057/у в центр профпатологии
	Б) Оформление направления ф. 057/у с приложением характеристик условий труда, результатов патч-тестов, данных о динамике заболевания в связи с работой, заключение врачебной комиссии о связи заболевания с профессией, при стойкой утрате трудоспособности — направление ф. 088/у на МСЭ
	В) Выдача листка нетрудоспособности до полного разрешения высыпаний без дополнительных обследований
	Г) Самостоятельное обращение пациента в Роспотребнадзор без участия врача стационара
	Д) Оформление только амбулаторной карты с отметкой о профессиональном характере
7.	В дерматологическое отделение поступила пациентка 34 лет на 26-й неделе беременности с впервые выявленным пемфигоидом беременных. Объективно: напряженные пузыри вокруг пупка, зуд, эрозии. Какова организация медицинской помощи с учетом гестационного возраста и тяжести дерматоза?
	А) Амбулаторное лечение топическими ГКС до родов
	Б) Совместное ведение дерматовенерологом, акушером-гинекологом и неонатологом, госпитализация в профильный стационар, подбор безопасной системной терапии (преднизолон), мониторинг состояния плода, планирование родов в условиях перинатального центра
	В) Прерывание беременности по дерматологическим показаниям
	Г) Наблюдение терапевтом женской консультации без привлечения стационара
	Д) Назначение системных ретиноидов под контролем УЗИ
8.	Пациент 47 лет с буллезным пемфигоидом находится на стационарном лечении, получает преднизолон 60 мг/сут. На 10-е сутки отмечено повышение АД до 170/100 мм рт.ст., гипергликемия натощак 9,8 ммоль/л, жалобы на изжогу. Какая тактика организации лечебного процесса наиболее оптимальна?
	А) Резкая отмена преднизолона и наблюдение
	Б) Консультация эндокринолога и гастроэнтеролога, коррекция дозы ГКС или перевод на ступенчатую схему, назначение гипогликемических и гастропротекторных препаратов, мониторинг побочных эффектов, оформление записи в дневнике наблюдения
	В) Продолжение терапии в той же дозе без дополнительных консультаций
	Г) Перевод пациента в хирургическое отделение
	Д) Назначение метотрексата без отмены ГКС

9.	В стационар доставлен пациент 61 год с генерализованным пустулезным псориазом (тип Цумбуша), ознобом, лейкоцитозом $18 \times 10^9/\text{л}$, стерильными пустулами на эритематозном фоне. Каковы критерии перевода из палаты интенсивной терапии в общее дерматологическое отделение?
	А) Исчезновение всех пустул независимо от системных показателей
	Б) Исчезновение всех сопутствующих метаболических нарушений
	В) Снижение лейкоцитоза до референсных значений
	Г) Снижение PASI на 10% независимо от системного статуса
	Д) Стабилизация гемодинамики, снижение температуры $<37,5^\circ\text{C}$, нормализация лабораторных показателей
10.	Пациент 39 лет с тяжелым течением красного плоского лишая (эрозивно-язвенная форма слизистых, гиперкератотические бляшки на коже) выписан после курса системной терапии. Какой порядок экспертизы временной нетрудоспособности должен быть оформлен при выписке?
	А) Закрытие листка нетрудоспособности в день выписки независимо от состояния
	Б) Продление листка нетрудоспособности до момента клинико-лабораторной ремиссии, при необходимости — направление на врачебную комиссию для продления до 4 месяцев, оформление выписки с рекомендациями по режиму, диете, дальнейшей терапии и контролю
	В) Оформление инвалидности немедленно при наличии эрозий на слизистой
	Г) Отказ в продлении листка нетрудоспособности при наличии положительных динамических сдвигов
	Д) Перевод на амбулаторное наблюдение без оформления документов о нетрудоспособности
11.	В приемное отделение дерматологического стационара поступил пациент 28 лет с подозрением на синдром Лайелла (отслойка $>40\%$ поверхности тела). Каков первоочередной организационный алгоритм действий дежурной бригады?
	А) Размещение в палате асептического режима или реанимации, изоляция, обеспечение стерильных условий, инфузионная терапия, уход за ожогоподобными поверхностями, экстренная консультация ожоголога/реаниматолога, отмена причинного препарата
	Б) Госпитализация в общую палату и начало наружной терапии мазями
	В) Назначение антибиотиков без предварительного посева и изоляции
	Г) Перевод в инфекционное отделение без дерматологического контроля
	Д) Наблюдение в амбулаторных условиях до стабилизации состояния
12	Женщина 35 лет госпитализирована в отделение реанимации с диагнозом «токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла)». Площадь отслойки эпидермиса составляет 45%. Из анамнеза известно, что за 10 дней до начала заболевания пациентка начала прием сульфаметоксазола/триметоприма по поводу инфекции мочевыводящих путей. Какое действие является наиболее критичным и первоочередным в тактике ведения данного пациента?
	А) Немедленное назначение высоких доз системных глюкокортикостероидов
	Б) Немедленная и полная отмена причинного лекарственного препарата
	В) Начало проведения плазмафереза в первые 2 часа госпитализации

	Г) Назначение профилактической системной антибиотикотерапии широкого спектра
	Д) Проведение экстренной кожной аутопластики
13.	Мужчина 56 лет с распространенным псориазом, резистентным к стандартной терапии, направлен в стационар для подбора биологического препарата. Перед началом терапии требуется обязательный скрининг. Какие организационные меры должен предпринять лечащий врач до назначения биологической терапии?
	А) Только общий анализ крови и мочи
	Б) Оформление направления на обследование: рентгенография/КТ грудной клетки, тесты на латентный туберкулез, маркеры HBV/HCV, ВИЧ, общий и биохимический анализы крови
	В) Назначение биологического препарата сразу после подписания согласия пациентом
	Г) Консультация онколога без предварительного скрининга
	Д) Отмена всех текущих препаратов без обследований
14.	В дерматологический стационар поступил пациент 49 лет с тяжелой формой микробной экземы, осложненной вторичной пиодермией и лимфаденитом. Каков принцип организации антисептического режима в палате для профилактики внутрибольничного распространения инфекции?
	А) Обработка поверхностей только при выписке пациента
	Б) Соблюдение правил асептики/антисептики, использование средств индивидуальной защиты при обработке ран, текущая дезинфекция поверхностей и оборудования 2 раза в день, заключительная обработка при выписке, контроль микробной обсемененности, изоляция при выявлении резистентной флоры
	В) Проветривание палаты без химической обработки
	Г) Назначение профилактических антибиотиков всем пациентам в отделении
	Д) Перевод пациента в палату без дополнительных мер предосторожности
15.	Пациентка 31 год с дерматомиозитом (симптом «гелиотроп», папулы Готтрона, КФК 1800 Ед/л) выписана из стационара после достижения клинико-лабораторной ремиссии. Какой алгоритм диспансерного наблюдения должен быть закреплен в выписном эпикризе?
	А) Наблюдение терапевтом 1 раз в год
	Б) Наблюдение дерматовенерологом и ревматологом по месту жительства с периодичностью 1 раз в 1–3 месяца в первый год, контроль КФК, АЛТ/АСТ, клинического анализа крови, онконастороженность (скрининг на онкопатологию), коррекция иммуносупрессивной терапии, профилактика рецидивов
	В) Самостоятельный прием препаратов без контроля анализов
	Г) Только контроль кожных проявлений без системного мониторинга
	Д) Направление на МСЭ независимо от функционального статуса
16.	В стационар доставлен ребенок 4 лет с буллезным эпидермолизом (дистрофическая форма), обширными эрозиями, нарушением питания и признаками сепсиса. Какова организация специализированной помощи с учетом возраста и тяжести состояния?
	А) Лечение в общей педиатрической палате без участия дерматолога
	Б) Амбулаторное наблюдение с рекомендациями по уходу
	В) Назначение системных ГКС и выписка при снижении температуры
	Г) Перевод в инфекционное отделение без дерматологического контроля

	Д) Госпитализация в палату интенсивной терапии/асептическую палату детской дерматологии, совместное ведение дерматологом, педиатром, нутрициологом, хирургом, атравматичный уход, нутритивная поддержка, контроль лабораторных показателей, документирование всех вмешательств в карте стационарного больного
17.	Пациентка 33 года с тяжелым течением акне (узловая форма, рубцы) выписана после курса системного изотретиноина. При выписке врач должен оформить документы для дальнейшего контроля. Какие положения должны быть отражены в выписном эпикризе согласно стандартам?
	А) Только диагноз и назначенные препараты
	Б) Диагноз, код по МКБ-10, результаты лабораторных исследований до/после терапии, динамика клинической картины, рекомендации по контрацепции (при необходимости), контролю липидного профиля и печеночных проб, дата явки, контакты лечащего врача, печать и подпись
	В) Только рекомендации по диете и гигиене
	Г) Направление на МСЭ
	Д) Устные рекомендации без документального оформления
18.	Мужчина 42 года доставлен в стационар с высокой лихорадкой (39,0°C), ознобом и генерализованными высыпаниями. Объективно: на фоне диффузной эритемы кожи туловища и конечностей множественные поверхностные стерильные пустулы, склонные к слиянию в «гнойные озера». В анамнезе: резкая отмена системных глюкокортикостероидов 5 дней назад по поводу обострения псориаза. Какой препарат системного действия обладает наиболее быстрым началом действия и является препаратом выбора для купирования этого состояния?
	А) Метотрексат
	Б) Ацитретин
	В) Циклоспорин А
	Г) Гризеофульвин
	Д) Колхицин
19.	Мужчина 62 года госпитализирован в дерматологический стационар с распространенной листовидной пузырчаткой, осложнившейся вторичной пиодермией с признаками системной воспалительной реакции. Объективно: на фоне эритематозно-шелушащего фона кожи туловища и конечностей — множественные вялые пузыри, эрозии с серозно-гнойным отделяемым, пластовидные слоистые корки, температура 38,4°C, озноб. В общем анализе крови: лейкоциты $16 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерный сдвиг, СОЭ 48 мм/ч. Посев с поверхности эрозий — <i>Staphylococcus aureus</i> , чувствительный к оксациллину. Какая комбинация препаратов является наиболее обоснованной для базисной терапии данного состояния в стационаре?
	А) Только системные антибиотики без иммуносупрессии
	Б) Высокие дозы системных глюкокортикостероидов без антибактериальной терапии
	В) Системные глюкокортикостероиды в средних дозах в комбинации с антибиотиком
	Г) Только наружная терапия топическими антисептиками
	Д) Цитостатики в монорежиме без антибактериального прикрытия

20.	Мужчина 42 лет, страдающий алкоголизмом, госпитализирован с жалобами на множественные болезненные инфильтраты в волосистой части головы и на задней поверхности шеи, существующие более 3 месяцев, периодически вскрывающиеся с выделением гноя. Объективно: в указанных областях множественные фолликулярные и перифолликулярные инфильтраты багрово-синюшного цвета, флюктуирующие, с гнойным отделяемым, участки рубцовой атрофии. Регионарные лимфоузлы увеличены. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Фурункулёз
	Б) Карбункул
	В) Абсцедирующий фолликулит Гоффмана
	Г) Гидраденит
	Д) Кистозные угри
21.	Женщина 35 лет обратилась в приёмное отделение с жалобами на болезненный инфильтрат в правой подмышечной области, существующий 7 дней, с повышением температуры до 38,5°C. Объективно: в правой подмышечной области инфильтрат 4×5 см, багрово-синюшный, резко болезненный, с флюктуацией в центре. Кожа над инфильтратом напряжена. Регионарный лимфаденит. В анамнезе — подобные эпизоды в течение последних 2 лет, 4 раза проводились вскрытия с образованием свищей и рубцов. Какой наиболее вероятный диагноз и какова оптимальная тактика?
	А) Фурункул; консервативная терапия
	Б) Лимфаденит; антибиотикотерапия
	В) Гидраденит; экстренное вскрытие, антибактериальная терапия
	Г) Карбункул; крестообразное вскрытие, антибактериальная терапия
	Д) Абсцесс мягких тканей; пункция и дренирование
22.	Мужчина 62 лет с ишемической болезнью сердца госпитализирован в дерматологическое отделение с диагнозом «экзема». Объективно: на коже голеней симметричные болезненные округлые язвы диаметром 2–4 см с подрывными краями, гнойно-некротическим дном, багрово-синюшным инфильтрированным валиком по периферии. В анамнезе — хроническая венозная недостаточность, сахарный диабет 2 типа. При гистологическом исследовании биоптата края язвы — массивная нейтрофильная инфильтрация дермы без признаков васкулита, бактериологический посев отрицательный. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Микробная экзема
	Б) Трофическая язва венозной этиологии
	В) Плоскоклеточный рак кожи
	Г) Гангренозная пиодермия
	Д) Туберкулёз кожи
23.	Мужчина 45 лет, слесарь, поступил в стационар с жалобами на болезненное образование на тыльной поверхности кисти, существующее 5 дней после травмы. Объективно: на коже тыла кисти инфильтрат 3×4 см, багрово-синюшный, с некротическим стержнем в центре, резкая болезненность, флюктуация. Температура 38,2°C. Регионарный лимфангоит. В общем анализе крови — лейкоцитоз $15 \times 10^9/\text{л}$. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Остиофолликулит
	Б) Фолликулит

	В) Фурункул
	Г) Карбункул
	Д) Рожистое воспаление
24.	Женщина 28 лет, кормящая мать, госпитализирована с жалобами на болезненный инфильтрат в левой подмышечной области, повышение температуры до 38,8°C. Объективно: в левой подмышечной области инфильтрат 5×6 см, багровый, резко болезненный, с признаками флюктуации. Кожа над инфильтратом гиперемирована. Какой препарат является средством выбора для эмпирической антибактериальной терапии с учётом лактации?
	А) Доксициклин
	Б) Ципрофлоксацин
	В) Цефалоспорины III поколения
	Г) Левофлоксацин
	Д) Ко-тримоксазол
25.	Мужчина 52 лет с хроническим алкоголизмом и циррозом печени госпитализирован с распространённой пиодермией. При бактериологическом исследовании отделяемого из гнойных очагов выделен Staphylococcus aureus, устойчивый к метициллину. Какой препарат является средством выбора для терапии в стационаре?
	А) Амоксициллин
	Б) Цефазолин
	В) Ванкомицин
	Г) Азитромицин
	Д) Гентамицин
26.	Мужчина 38 лет с ВИЧ-инфекцией (стадия 4Б, CD4 120 кл/мл) госпитализирован с распространённой пиодермией, резистентной к стандартной антибактериальной терапии. Объективно: на коже туловища, конечностей, лица множественные гнойничковые элементы, эктимы, глубокие фолликулиты. Какой принцип антибактериальной терапии наиболее обоснован в данной ситуации?
	А) Монотерапия пенициллинами в высоких дозах
	Б) Комбинированная антибактериальная терапия
	В) Только наружная терапия антисептиками
	Г) Системные глюкокортикостероиды
	Д) Противогрибковая терапия
27.	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 и какова тактика?
	А) Фурункул; вскрытие

	Б) Сибирская язва (карбункул); изоляция в бокс, антибактериальная терапия, экстренное извещение Роспотребнадзора
	В) Карбункул; крестообразное вскрытие
	Г) Пиодерма гангренозум; системные ГКС
	Д) Трофическая язва; наружная терапия
28.	Новорождённый мальчик 5 дней жизни переведён из родильного отделения с жалобами на распространённые пузырьковые высыпания на коже туловища, повышение температуры до 38,5°C, беспокойство. Объективно: на коже туловища, конечностей множественные вялые пузыри с мутным содержимым, после вскрытия — эрозии с серозно-гнойными корками. Симптом Никольского положительный. В общем анализе крови — лейкоцитоз, сдвиг формулы влево. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Буллёзный пемфигOID
	Б) Истинная пузырчатка
	В) Пузырчатка новорождённых
	Г) Герпетиформный дерматит Дюринга
	Д) Синдром Лайелла
29.	Мужчина 65 лет с сахарным диабетом 2 типа госпитализирован с жалобами на болезненные высыпания на коже голеней, существующие 2 недели. 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) Остиофолликулит
	Б) Эктима вульгарная
	В) Микробная экзема
	Г) Узловатая эритема
	Д) Плоскоклеточный рак кожи
30.	Женщина 72 лет с хронической сердечной недостаточностью и постинфарктным кардиосклерозом госпитализирована с диагнозом «рожа правой голени». Объективно: на коже правой голени яркая эритема с чёткими 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) Метронидазол
	Г) Флуконазол
	Д) Ацикловир
31.	Мужчина 48 лет, строитель, после лечения глубокой пиодермии (абсцедирующий фолликулит Гоффмана) в стационаре выписан с улучшением. Листок нетрудоспособности продлён до 4 месяцев, однако сохраняются рецидивы заболевания, множественные рубцы, ограничение функции шеи. Какова дальнейшая тактика врача-дерматовенеролога?
	А) Закрытие листка нетрудоспособности с рекомендацией наблюдения по месту жительства

	Б) Оформление направления формы 088/у на медико-социальную экспертизу для решения вопроса о группе инвалидности в связи со стойкой утратой трудоспособности
	В) Продление листка нетрудоспособности ещё на 2 месяца без дополнительного обследования
	Г) Направление в санаторий без оформления экспертизы
	Д) Перевод на лёгкий труд без оформления документов
32.	Мужчина 42 лет, работник деревообрабатывающего завода, поступил в дерматологическое отделение с жалобами на болезненный инфильтрированный очаг на коже волосистой части головы, существующий около 3 недель. Объективно: на коже теменной области воспалительный инфильтрат 5×6 см ярко-красного цвета, волосы в очаге обломаны на уровне 2–3 мм от устья фолликула, покрыты гнойными корками. Из устьев фолликулов при надавливании выделяется гной («фолликулярные пустулы»). Регионарные затылочные и шейные лимфоузлы увеличены, болезненны. Температура 37,8°C. В анамнезе — контакт с бездомной кошкой. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Инфильтративно-нагноительная микроспория
	Б) Микробная экзема волосистой части головы
	В) Абсцедирующий фолликулит Гоффмана
	Г) Туберкулезная волчанка
	Д) Плоскоклеточный рак кожи
33.	Ребенок 7 лет доставлен в стационар с очагом поражения на коже волосистой части головы. Объективно: 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, напоминают «пеньки». По периферии очага — валик из пузырьков и папул. При осмотре в лучах лампы Вуда определяется яркое изумрудно-зеленое свечение. Какой метод исследования является «золотым стандартом» для подтверждения диагноза?
	А) Серологические реакции
	Б) ПЦР-диагностика крови
	В) Микроскопия волос и посев на питательные среды
	Г) Биопсия кожи с гистологическим исследованием
	Д) Определение уровня IgE
34.	Мужчина 35 лет, садовник, поступил с жалобами на появление на коже тыльной поверхности правой кисти плотного безболезненного узла 2 см, который постепенно изъязвился. По ходу лимфатических сосудов предплечья определяются аналогичные узлы, расположенные линейно. В анамнезе — травма шипом розы 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

35.	Мужчина 55 лет с сахарным диабетом 2 типа госпитализирован в дерматологический стационар с тяжелым опоясывающим герпесом. Объективно: на коже правой половины лба, верхнего века, спинки носа — множественные группированные везикулы с геморрагическим содержимым на отечном эритематозном фоне по ходу I ветви тройничного нерва. Отмечается выраженный отек верхнего века, гиперемия конъюнктивы, точечные эрозии на роговице (положительная проба с флюоресцеином). Пациент жалуется на резкую боль в глазу, светобоязнь, снижение остроты зрения. Какой препарат этиотропной терапии является средством выбора и требует обязательного внутривенного введения в данной клинической ситуации?
	А) Валацикловир per os
	Б) Фамцикловир per os
	В) Ацикловир внутривенно 10 мг/кг каждые 8 часов
	Г) Панавир внутримышечно
	Д) Интерферон альфа подкожно
36.	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>
37.	Мужчина 35 лет, работник рыбного цеха, обратился с жалобами на болезненное, отечное, фиолетово-красное пятно на указательном пальце правой кисти, появившееся после мелкой травмы рыбной костью. Системных симптомов (лихорадки, озноба) нет. Регионарный лимфаденит отсутствует. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Рожистое воспаление
	Б) Панариций
	В) Эризипеллоид
	Г) Споротрихоз
	Д) Герпетический панариций
38.	Женщина 48 лет с распространенным онихомикозом (поражено 8 из 10 ногтей на стопах, тотальная дистрофия ногтевых пластинок, подногтевой гиперкератоз) получает системную терапию. Какой препарат является средством выбора для терапии онихомикоза, вызванного <i>Trichophyton rubrum</i> ?
	А) Флуконазол
	Б) Гризеофульвин
	В) Тербинафин
	Г) Нистатин
	Д) Кетоконазол

39.	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 и пищевода — 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
40.	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
41.	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>
42.	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
43.	Женщина 26 лет обратилась с жалобами на шелушение на коже туловища, не сопровождающееся зудом. Объективно: на коже спины и груди множественные пятна розовато-жёлтоватого и коричневатого цвета, покрытые мелкими отрубевидными чешуйками. При поскабливании чешуйки отшелушиваются (симптом Бенъе). При

	обработке раствором йода 5% очаги приобретают темно-коричневый цвет (проба Бальцера положительная). К какому роду относится возбудитель данного заболевания?
	А) Trichophyton
	Б) Microsporum
	В) Malassezia
	Г) Candida
	Д) Epidermophyton
44.	Женщина 72 года госпитализирована с жалобами на появление множественных напряженных пузырей с серозным содержимым на коже туловища и конечностей. Объективно: симптом Никольского отрицательный, слизистые оболочки не поражены. Для окончательной верификации диагноза и дифференциальной диагностики с другими пузырными дерматозами необходимо провести «золотой стандарт» исследования. Какой это метод?
	А) Бактериологический посев содержимого пузырей
	Б) Цитологическое исследование мазка-отпечатка по Тцанку
	В) Аллергологическое патч-тестирование
	Г) Прямая иммунофлюоресценция (ПИФ) биоптата интактной кожи, окружающей очаг поражения
	Д) Дерматоскопия элементов сыпи
45.	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 внутрь
	Б) Флуконазол системно
	В) Гризеофульвин
	В) Тербинафин
	Г) Амфотерицин В в/в
46.	Мужчина 35 лет обратился с жалобами на очаговое выпадение волос на голове. Объективно: на волосистой части головы определяются мелкие очаги облысения с обломанными волосами прямо на уровне кожи («черные точки»). Воспалительная реакция выражена слабо. При осмотре в лучах лампы Вуда свечение отсутствует. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Микроспория
	Б) Очаговая алопеция
	В) Трихофития
	Г) Себорейный дерматит
	Д) Фавус
47.	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
48.	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
49.	Мужчина 40 лет с тотальным ониомикозом всех ногтей на стопах (поражено 10 из 10 ногтей, подногтевой гиперкератоз более 3 мм, онихолизис) 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
50.	Мужчина 52 лет с ВИЧ-инфекцией (CD4 100 кл/мл) поступил с распространенным поражением кожи. Объективно: на коже туловища, конечностей множественные плотные узлы и бляшки с изъязвлениями. При гистологии биоптата — в дерме диффузная инфильтрация атипичными лимфоцитами, при иммуногистохимии — CD3+, CD4+, CD8-. При ПЦР крови — клональная перестройка TCR. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Грибовидный микоз
	Б) Т-клеточная лимфома кожи
	В) Псевдолимфома кожи
	Г) Саркоидоз кожи
	Д) Кожный лейшманиоз
51.	Мужчина 45 лет после успешного лечения распространенной руброфитии гладкой кожи обратился с рецидивом через 3 месяца. Какие факторы наиболее вероятно способствовали рецидиву?
	А) Генетическая предрасположенность
	Б) Аллергический анамнез
	В) Отсутствие дезинфекции одежды и обуви
	Г) Прием антигистаминных препаратов
	Д) Ультрафиолетовое облучение

52.	Мужчина 42 лет, вернувшийся из длительной командировки в страны Юго-Восточной Азии, обратился к дерматовенерологу 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 и содержимого кожного элемента выявлено обильное содержание кислотоустойчивых микобактерий (индекс бактериоскопический 4+). Какой клинический тип лепры наиболее вероятен?
	А) Туберкулоидный тип
	Б) Лепроматозный тип
	В) Пограничный тип
	Г) Недифференцированный тип
	Д) Лепра Хогана
53.	У пациента 38 лет с установленным диагнозом «лепроматозная лепра» на фоне комбинированной полихимиотерапии (MDT) по схеме ВОЗ (рифампицин, дапсон, клофазимин) 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 1 типа — увеличение дозы рифампицина
	Б) Реакция отмены — прекращение MDT
	В) Реакция 2 типа (узловатая эритема) — назначение преднизолона 40–60 мг/сут с продолжением MDT
	Г) Аллергическая реакция на дапсон — отмена препарата
	Д) Реакция 1 типа — назначение циклоспорина А
54.	Женщина 35 лет, вернувшаяся из Юго-Восточной Азии 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
55.	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 600 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
56.	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. Бактериоскопический индекс 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 бактерий при бактериоскопии
	Д) Отсутствие эффекта от полихимиотерапии
57.	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, склеродермия
	В) Чесотка, педикулёз, микоз гладкой кожи
	Г) Базальноклеточный рак, плоскоклеточный рак, меланома
	Д) Розовый лишай Жибера, отрубевидный лишай, вторичный сифилис
58.	Мужчина 54 лет госпитализирован в дерматологическое отделение с жалобами на тотальное покраснение и крупнопластинчатое шелушение кожи, озноб, слабость. В анамнезе — вульгарный псориаз в течение 25 лет. 2 недели назад самостоятельно отменил метотрексат и начал приём системных ГКС с последующей резкой отменой. Объективно: диффузная эритема, занимающая более 90% поверхности кожи, умеренная инфильтрация, ладонно-подошвенный гиперкератоз, тотальная алопеция, ониходистрофия. Температура 38,6°C, АД 100/60 мм рт.ст. В биохимическом анализе крови: общий белок 52 г/л, альбумин 28 г/л. Какой наиболее вероятный диагноз и какова первоочередная тактика?
	А) Грибовидный микоз, эритродермическая стадия; ПУВА-терапия
	Б) Псориазическая эритродермия; инфузионная терапия, возобновление системной терапии
	В) Токсический эпидермальный некролиз; отмена всех препаратов

	Г) Болезнь Девержи; ацитретин в монотерапии
	Д) Себорейная эритродермия; топические ГКС
59.	Пациент 42 лет с псориатической эритродермией на 5-е сутки стационарного лечения на фоне инфузионной терапии и циклоспорина А отметил появление на коже туловища множественных стерильных пустул диаметром 2–4 мм на гиперемизованном фоне, озноб, повышение температуры до 39,6°C. Лейкоцитоз $17 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 55 мм/ч. При гистологическом исследовании биоптата — спонгиозная пустула Когоджа в верхних слоях эпидермиса. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Субкорнеальный пустулёзный дерматит Снеддона-Уилкинсона
	Б) Импетиго герпетиформное
	В) Генерализованный пустулёзный псориаз (тип Цумбуша)
	Г) Острый генерализованный экзантематозный пустулёз (AGEP)
	Д) Пустулёзный бактерида Эндрюса
60.	Женщина 38 лет госпитализирована с жалобами на болезненные пустулёзные высыпания на коже ладоней и подошв, сопровождающиеся выраженным зудом и жжением. Объективно: на коже ладоней и подошв симметричные эритематозно-шелушающиеся бляшки с множественными глубокими стерильными пустулами жёлто-коричневого цвета, участками гиперкератоза и трещинами. В анамнезе — курение 15 лет, хронический тонзиллит. Какой препарат системного действия является препаратом выбора при данной форме псориаза?
	А) Метотрексат
	Б) Ацитретин
	В) Преднизолон
	Г) Гидроксимочевина
	Д) Инфликсимаб
61.	Мужчина 28 лет госпитализирован с жалобами на обильные 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 и какова тактика?
	А) Вторичный сифилис (папулёзный сифилид); специфическая терапия пенициллином
	Б) Розовый лишай Жибера; антигистаминные препараты, топические ГКС
	В) Каплевидный псориаз; топические ГКС, узкополосная UVB-терапия
	Г) Болезнь Девержи; системные ретиноиды
	Д) Параспсориаз острый (Муха Габермана); фототерапия
62.	Пациент 55 лет с тяжёлым вульгарным псориазом (PASI 32) и псориатическим артритом (поражение дистальных межфаланговых суставов кистей, утренняя скованность до 60 минут) направлен в стационар для подбора биологической терапии. В анамнезе — латентный туберкулёз (положительный Диаскинтест, без клинических и рентгенологических проявлений), хронический вирусный гепатит В в неактивной фазе.

	Какой препарат биологической терапии является наиболее обоснованным выбором с учётом сопутствующего псориатического артрита и латентной туберкулёзной инфекции?
	А) Секукинумаб (анти-IL-17A)
	Б) Инфликсимаб (анти-ФНО-α)
	В) Устекинумаб (анти-IL-12/IL-23)
	Г) Адалимумаб (анти-ФНО-α)
	Д) Этанерцепт (растворимый рецептор ФНО-α)
63.	Пациент 65 лет госпитализирован с жалобами на распространённые зудящие высыпания на коже туловища и конечностей, существующие более 15 лет. Объективно: на коже туловища, конечностей множественные овальные розовато-коричневые бляшки 2–5 см с чёткими границами, мелкопластинчатым «приклеенным» шелушением в центре. Высыпания расположены преимущественно на туловище, не затрагивают волосистую часть головы, ладони и подошвы. 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
64.	Женщина 40 лет, работающая барменом, жалуется на болезненность и покраснение кожи вокруг ногтевых валиков указательных пальцев. Объективно: валики отечны, гиперемированы, кутикула отсутствует, при надавливании выделяется скудное гнойное отделяемое. Процесс длится более 2 месяцев, улучшений от местных антисептиков нет. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Герпетический панариций
	Б) Бактериальный панариций
	В) Псориаз ногтей
	Г) Кандидозная паронихия
	Д) Онихомикоз
65.	Мужчина 58 лет наблюдается амбулаторно по поводу грибовидного микоза в стадии бляшек. Объективно: на коже туловища и ягодиц определяются инфильтрированные бляшки неправильной формы 5–10 см в диаметре, багрово-красного цвета, с четкими границами, поверхность покрыта мелким отрубевидным шелушением. Зуд умеренный. Для подтверждения диагноза и определения стадии заболевания врачу необходимо выполнить дополнительное исследование. Какой метод является «золотым стандартом» верификации грибовидного микоза?
	А) ПЦР-диагностика крови на вирус герпеса 8 типа
	Б) Определение уровня лактатдегидрогеназы в сыворотке крови
	В) Гистологическое исследование биоптата кожи с иммуногистохимическим фенотипированием лимфоцитарного инфильтрата
	Г) Компьютерная томография органов грудной и брюшной полости
	Д) Сцинтиграфия скелета

66.	У пациента 50 лет с болезнью Девержи тяжёлого течения (эритродермическая форма) неэффективна наружная терапия и фототерапия. Какой препарат системного действия является препаратом выбора для индукции ремиссии в условиях стационара?
	А) Метотрексат
	Б) Ацитретин
	В) Циклоспорин А
	Г) Преднизолон
	Д) Гидроксимочевина
67.	Мужчина 55 лет госпитализирован с жалобами на болезненные эрозии в полости рта, зудящие высыпания на коже туловища и конечностей. Объективно: на слизистой щёк, дёсен, мягкого нёба — белесоватые разветвляющиеся линии (сетка Уикхема), участки эрозий с фибринозным налётом; на коже сгибательных поверхностей предплечий, голеностопных суставов — плоские полигональные папулы фиолетового цвета с пупкообразным вдавлением в центре, положительный феномен Кебнера. Ногти — с продольной исчерченностью и крыловидным птеригиумом. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вульгарная пузырчатка
	Б) Красный плоский лишай
	В) Буллёзный пемфигоид
	Г) Герпетиформный дерматит Дюринга
	Д) Плоскоклеточный рак
68.	Пациентка 62 лет госпитализирована с жалобами на болезненные эрозии в полости рта, существующие более 6 месяцев, резистентные к местной терапии. Объективно: на слизистой щёк, языка, дёсен — обширные болезненные эрозии с неровными краями, участки гиперкератоза с радиальными белесоватыми линиями по периферии. На коже — единичные гиперкератотические бляшки на тыльной поверхности кистей, голенях. При гистологическом исследовании биоптата — гиперкератоз, акантоз, вакуольная дегенерация базального слоя, лентовидный лимфоцитарный инфильтрат в верхней дерме. Пациентке выставлен диагноз «Красный плоский лишай». С какой инфекцией наиболее часто ассоциирована данная форма заболевания?
	А) <i>Treponema pallidum</i>
	Б) Вирус гепатита С
	В) ВИЧ
	Г) Вирус простого герпеса
	Д) <i>Borrelia burgdorferi</i>
69.	Мужчина 48 лет обратился к дерматологу с жалобами на зудящие гипертрофические бляшки на коже голеней, существующие более 5 лет. Объективно: на передней поверхности обеих голеней симметричные плотные гипертрофические бляшки 4–6 см в диаметре с бородавчатой поверхностью, серовато-белым шелушением, участками гиперкератоза. Положительный феномен Кебнера. При гистологическом исследовании биоптата — выраженный гиперкератоз, акантоз с псевдоэпителиоматозной гиперплазией, лентовидный лимфоцитарный инфильтрат в верхней дерме. Какая форма красного плоского лишая наблюдается у пациента?

	А) Атрофическая
	Б) Буллёзная
	В) Гипертрофическая
	Г) Пигментная
	Д) Эрозивно-язвенная
70.	Мужчина 40 лет обратилась с жалобами на высыпания на коже туловища, существующие около 2 лет. Объективно: на коже туловища и проксимальных отделов конечностей определяются множественные овальные розовато-коричневые бляшки 1–3 см в диаметре с четкими границами, мелкопластинчатым «приклеенным» шелушением в центре. Высыпания расположены преимущественно по линиям Лангера, не затрагивают волосистую часть головы, ладони и подошвы. Зуд отсутствует. При гистологическом исследовании биоптата — паракератоз, умеренный акантоз, лентовидный лимфоцитарный инфильтрат в верхней дерме без эпидермотропизма. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Псориаз вульгарный
	Б) Грибовидный микоз, стадия бляшек
	В) Парапсориаз мелкобляшечный
	Г) Розовый лишай Жибера
	Д) Отрубевидный лишай
71.	Пациент 25 лет обратился с жалобами на появление на коже туловища одиночного розового пятна диаметром 4 см с шелушением в центре, 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
72.	Мужчина 42 лет госпитализирован с жалобами на распространённые 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. Поражение ногтей: точечные вдавления («напёрсточные ногти»), 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, «карандаш в стакане». Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Ревматоидный артрит
	Б) Псориатический артрит
	В) Реактивный артрит
	Г) Подагрический артрит
	Д) Болезнь Бехтерева

73.	Мужчина 58 лет обратился с жалобами на зудящие пузырьные высыпания на коже туловища и конечностей. Считает себя больным около 3 недель. Из анамнеза известно, что 4 недели назад начал прием ванкомицина по поводу пневмонии. Объективно: на коже туловища, разгибательных поверхностях конечностей — множественные напряженные пузыри с серозным содержимым, расположенные группами по типу «грозди жемчуга» или кольцевидно. Слизистые не поражены. Симптом Никольского отрицательный. При ПИФ биоптата перилезионной кожи — линейное отложение IgA по базальной мембране. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Буллезный пемфигOID
	Б) Герпетиформный дерматит Дюринга
	В) Вульгарная пузырчатка
	Г) Линейный IgA-дерматоз
	Д) Болезнь Хейли-Хейли
74.	У пациента 50 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) Отмена метотрексата, назначение гепатопротекторов, рассмотрение альтернативной терапии (циклоспорин А, биологические препараты)
	В) Снижение дозы метотрексата до 10 мг/неделю
	Г) Добавление преднизолона
	Д) Продолжение терапии под контролем печёночных проб
75.	Пациент 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) Псевдомембранозный колит
	В) Инфекционный колит
	Г) Ишемический колит
	Д) Язвенная болезнь толстой кишки или болезнь Крона
76.	Женщина 60 лет с распространённым псориазом (PASI 25) и сопутствующей сердечной недостаточностью II ФК госпитализирована в стационар. Какой препарат является противопоказанным для терапии псориаза в данном случае?
	А) Топические ГКС
	Б) Узкополосная UVB-терапия
	В) Эмоленты
	Г) Инфликсимаб
	Д) Ацитретин
77.	Мужчина 45 лет, длительно получавший доксициклин по поводу акне, отметил внезапное ухудшение состояния кожи лица: появление множественных мелких пустул на фоне

	эритемы, резистентных к проводимой терапии. Посев содержимого пустул выявил рост бактериальной флоры. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Розацеа папуло-пустулезная
	Б) Пиодермия лица
	В) Грамотрицательный фолликулит
	Г) Демодекоз
	Д) Периоральный дерматит
78.	Женщина 32 лет с atopическим дерматитом получает терапию дупилумабом в течение 4 месяцев. Кожные проявления значительно регрессировали. При плановом контроле в общем анализе крови выявлено повышение эозинофилов до $1,2 \times 10^9/\text{л}$. Пациентка жалоб не предъявляет, самочувствие не нарушено. Какова наиболее обоснованная тактика врача в данной ситуации?
	А) Немедленная отмена биологического препарата
	Б) Назначение системных глюкокортикостероидов
	В) Продолжение терапии с динамическим контролем
	Г) Переход на терапию циклоспорином А
	Д) Назначение противопаразитарных средств
79.	Мужчина 45 лет с тяжелым псориазом получает иксекизумаб (ингибитор IL-17A) в течение 3 месяцев. Обратился с жалобами на жжение во рту и белый творожистый налет на языке, легко снимающийся шпателем. В углах рта определяются болезненные трещины и мацерация. Микроскопия соскоба выявила псевдомицелий и бластоконидии. Какой диагноз наиболее вероятен?
	А) Аллергический стоматит
	Б) Герпетическое поражение слизистой
	В) Кандидоз полости рта
	Г) Красный плоский лишай
	Д) Лейкоплакия
80.	У пациента 50 лет с псориатическим артритом на фоне терапии метотрексатом в течение 6 месяцев сохраняется высокая активность заболевания. Какой препарат может быть добавлен или использован в качестве альтернативы?
	А) Системные ГКС в высоких дозах
	Б) Биологические препараты
	В) Хлорохин
	Г) Лефлуномид
	Д) Диклофенак в/м
81.	Женщина 52 лет обратилась с жалобами на прогрессирующее выпадение волос в лобно-височной области и выраженный зуд кожи головы. Объективно: очаги рубцовой алопеции с перифолликулярной эритемой и фолликулярным гиперкератозом («чехлики» вокруг волос). Брови частично истончены. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Очаговая алопеция
	Б) Себорейный дерматит
	В) Фронтальная фиброзирующая алопеция
	Г) Трихотилломания

	Д) Дискоидная красная волчанка
82.	Мужчина 48 лет с псориазом средней тяжести получает метотрексат 20 мг/неделю в течение 3 месяцев. При контрольном обследовании выявлено повышение АЛТ в 3 раза по сравнению с нормой. 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 альтернативной терапии
83.	Мужчина 30 лет с тотальной алопецией (alopecia totalis), резистентной к стандартной топической и системной терапии, рассматривает назначение таргетного лечения. Какой класс препаратов продемонстрировал наибольшую эффективность при тяжелых формах очаговой алопеции в современных клинических рекомендациях?
	А) Ингибиторы ФНО- α
	Б) Системные ретиноиды
	В) Ингибиторы янус-киназ (JAK)
	Г) Ингибиторы интерлейкина-17
	Д) Моноклональные антитела к IgE
84.	Мужчина 40 лет с впервые выявленной вульгарной пузырчаткой распространенной формы. Согласно современным клиническим рекомендациям, какой препарат считается терапией первой линии для индукции ремиссии у данного пациента?
	А) Метотрексат
	Б) Ритуксимаб
	В) Азатиоприн
	Г) Циклофосфамид
85.	Мужчина 32 года с ВИЧ-инфекцией обратился с жалобами на тяжелое, распространенное поражение кожи волосистой части головы, лица и груди обильными жирными желтоватыми чешуйками и эритемой, резистентное к стандартным шампуням. О чем в первую очередь свидетельствует такое течение себорейного дерматита?
	А) Необходимость начала или коррекции антиретровирусной терапии
	Б) Присоединение вторичной бактериальной инфекции
	В) Развитие резистентности к противогрибковым препаратам
	Г) Аллергическую реакцию на компоненты пищи
86.	Мальчик 6 лет доставлен в стационар с жалобами на появление множественных овальных коричнево-розовых пятен и бляшек на коже туловища, существующих с 2-летнего возраста. Мать отмечает, что после горячей ванны высыпания становятся более яркими, отечными и начинают зудеть. Объективно: на коже туловища, конечностей — множественные овальные пигментные пятна и бляшки 0,5–2 см в диаметре коричнево-розового цвета. При трении одного из элементов пальцем через 5 минут возникает локальная уртикарная реакция с гиперемией и отеком. Уровень триптазы сыворотки крови — 8 нг/мл (норма <11,5). Какой диагностический признак является патогномоничным для данного заболевания?

	А) Феномен Кебнера
	Б) Симптом Ауспитца
	В) Симптом Дарье (уртикарная реакция при механическом раздражении)
	Г) Феномен Кёбнера
	Д) Симптом Никольского
87.	Мальчик 7 лет наблюдается амбулаторно по поводу пигментной крапивницы (мастоцитоза кожи). Высыпания появились в возрасте 2 лет, в настоящее время отмечается тенденция к постепенному уменьшению количества элементов. Родители спрашивают о прогнозе заболевания. Какой ответ врача является наиболее обоснованным?
	А) Заболевание имеет персистирующее течение с пожизненным сохранением высыпаний
	Б) Необходима немедленная системная химиотерапия для предотвращения трансформации
	В) У большинства детей спонтанная ремиссия наступает к пубертатному периоду
	Г) Показано хирургическое удаление всех пигментных очагов
	Д) Заболевание всегда трансформируется в системный мастоцитоз
88.	Мужчина 50 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 альтернативной терапии
89.	Женщина 28 лет обратилась с жалобами на зудящие узелки и пустулы на коже голеней, появившиеся после бритья. Объективно: на коже голеней множественные фолликулярные папулы и пустулы, сливающиеся в инфильтрированные бляшки. В анамнезе – самостоятельное применение топических глюкокортикостероидов в течение 2 недель с временным улучшением и последующим резким обострением. При микроскопии содержимого фолликулов обнаружен септированный мицелий. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Бактериальный фолликулит
	Б) Гранулема Майокки
	В) Розацеа
	Г) Псевдофолликулит
	Д) Красный плоский лишай
90.	Мужчина 58 лет госпитализирован в дерматологическое отделение с распространенным аллергическим контактным дерматитом после применения топических нестероидных противовоспалительных препаратов. Объективно: на коже туловища и конечностей диффузная эритема, отёк, множественные везикулы, мокнутие, эскориации. Температура 37,8°C. Какой препарат является средством первой линии для купирования острого воспаления?
	А) Топические глюкокортикостероиды и антигистаминные препараты

	Б) Системные глюкокортикостероиды в высоких дозах с первого дня
	В) Топические ингибиторы кальциневрина в монотерапии
	Г) Антибактериальная терапия эмпирически
	Д) Фототерапия узкополосным UVB
91.	Ребенок 5 лет доставлен на прием с жалобами на появление плотных безболезненных образований на коже лба и затылка. Объективно: в подкожной клетчатке пальпируются плотные, неподвижные узлы размером 1–2 см, кожа над ними не изменена. Гистологически выявлены очаги некробиоза коллагена в глубокой дерме и подкожной клетчатке, окруженные палисадом из гистиоцитов. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Ревматоидные узелки
	Б) Липома
	В) Подкожная кольцевидная гранулема
	Г) Киста сальной железы
	Д) Узловатая эритема
92.	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
93.	Женщина 28 лет с наследственным ангиоотёком (дефицит C1-ингибитора) поступила в отделение реанимации с отеком гортани и признаками дыхательной недостаточности. Какой препарат является средством первой линии для купирования острого приступа?
	А) Адреналин в/м 0,5 мг
	Б) Системные глюкокортикостероиды в/в
	В) Антигистаминные препараты в/в
	Г) Концентрат C1-ингибитора человека
	Д) Ингаляция сальбутамола
94.	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
95.	Ребёнок 6 лет госпитализирован с тяжелым атопическим дерматитом (SCORAD 68), вторичной пиодермией, лихорадкой до 38,5°C. Объективно: тотальная лихенификация,

	эксориации, мокнутие, пустулёзные элементы. Какой принцип терапии является наиболее обоснованным?
	А) Комбинированная терапия: топические ГКС + системная антибактериальная терапия по результатам посева + эмоленты + антигистаминные препараты
	Б) Только системные глюкокортикостероиды в высоких дозах
	В) Только наружная антибактериальная терапия
	Г) Фототерапия с первого дня
	Д) Назначение циклоспорина А без санации очагов инфекции
96.	Пациент 40 лет госпитализирован с DRESS-синдромом на фоне приема карбамазепина. Объективно: диффузная кореподобная сыпь, отёк лица, генерализованная лимфаденопатия, температура 39°C, эозинофилия 22%, повышение АЛТ 180 Ед/л. Какой диагностический критерий является ключевым для верификации DRESS-синдрома согласно шкале RegiSCAR?
	А) Наличие эрозий на слизистых
	Б) Эозинофилия, поражение внутренних органов, лимфаденопатия, лихорадка
	В) Положительные патч-тесты с причинным препаратом
	Г) Снижение уровня тромбоцитов
	Д) Положительный симптом Никольского
97.	Женщина 45 лет с тяжелым течением красного плоского лишая (эрозивно-язвенная форма слизистой полости рта) получает системные глюкокортикостероиды в течение 6 месяцев. Какой препарат является средством второй линии при резистентности к ГКС?
	А) Метотрексат
	Б) Циклоспорин А
	В) Ацитретин
	Г) Доксикарбон
	Д) Гидроксихлорохин
98.	Мужчина 62 лет с хронической спонтанной крапивницей получает омализумаб в течение 4 месяцев. На фоне терапии отмечается полная ремиссия в течение 3 месяцев. Какова тактика ведения пациента?
	А) Немедленная отмена омализумаба
	Б) Снижение дозы омализумаба в 2 раза
	В) Продолжение терапии под строгим контролем, рассмотрение вопроса о постепенном снижении дозы или увеличении интервала между введениями после 6-12 месяцев ремиссии
	Г) Переход на циклоспорин А
	Д) Назначение системных ГКС
99.	Пациент 35 лет госпитализирован с генерализованной экземой, осложненной эритродермией. Объективно: тотальная эритема, мелкопластинчатое шелушение, отёк, мокнутие, температура 38,2°C, гипоальбуминемия 28 г/л. Какой патогенетический механизм лежит в основе гипоальбуминемии при данном состоянии?
	А) Нарушение синтеза альбумина в печени
	Б) Почечная потеря белка
	В) Снижение поступления белка с пищей

	Г) Усиленная трансэпидермальная потеря белка
	Д) Гемодилюция на фоне инфузионной терапии
100.	Женщина 26 лет с тяжелым атопическим дерматитом (SCORAD 65) на 20-й неделе беременности госпитализирована в стационар. Объективно: тотальная лихенификация, экскориации, мокнутие, вторичная пиодермия. Какой препарат системного действия наиболее безопасен в данном случае?
	А) Метотрексат
	Б) Преднизолон
	В) Циклоспорин А
	Г) Ацитретин
	Д) Дупилумаб
101.	Пациент 48 лет с диффузным кожным мастоцитозом поступил в стационар с признаками системной реакции: гиперемия кожи, тахикардия, гипотензия, диарея после приема dut. Уровень триптазы сыворотки 85 нг/мл. Какой препарат является средством первой линии для профилактики системных кризов у пациентов с мастоцитозом?
	А) Системные глюкокортикостероиды
	Б) Антигистаминные препараты H1 и H2, кромогликат натрия
	В) Циклоспорин А
	Г) Иматиниб
	Д) Ритуксимаб
102.	Мужчина 55 лет с распространенной экземой кистей госпитализирован в стационар. Объективно: тотальное поражение кожи кистей — эритема, отёк, множественные везикулы, мокнутие, трещины, лихенификация. Процесс распространился на предплечья и стопы. Зуд нестерпимый. Какой метод лечения является оптимальным в условиях стационара?
	А) Только наружная терапия топическими ГКС
	Б) Системные ГКС, переход на топические ГКС + влажно-высыхающие повязки, антигистаминные, эмоленты
	В) ПУВА-терапия с первого дня
	Г) Цитостатики (метотрексат)
	Д) Только системная антибактериальная терапия
103.	Женщина 38 лет с синдромом Лайелла (площадь отслойки эпидермиса 35%) находится в отделении реанимации. Какой из нижеперечисленных принципов интенсивной терапии является наиболее важным?
	А) Назначение системных ГКС в высоких дозах без антибактериальной терапии
	Б) Немедленное хирургическое иссечение некротизированных участков
	В) Изоляция в палате асептического режима или ожоговом отделении, инфузионная терапия, отмена причинного препарата
	Г) Только наружная терапия топическими ГКС
	Д) Назначение антибиотиков профилактически всем пациентам

104.	Пациент 42 лет с тяжелым атопическим дерматитом (SCORAD 70) получает циклоспорин А 4 мг/кг/сут в течение 3 месяцев. На контрольном обследовании выявлено повышение креатинина до 140 мкмоль/л, повышение АД до 160/100 мм рт.ст. Какая тактика наиболее оптимальна?
	А) Продолжить терапию в той же дозе
	Б) Снижение дозы циклоспорина А или отмена, назначение гипотензивных препаратов, переход на альтернативную терапию (биологические препараты)
	В) Добавление преднизолона
	Г) Увеличение дозы циклоспорина А
	Д) Продолжение терапии под контролем АД и креатинина
105.	Мужчина 60 лет с хронической спонтанной крапивницей и рецидивирующими эпизодами ангиоотёка. В анамнезе — более 50 эпизодов за год, неэффективность антигистаминных препаратов в 4-кратной дозе. Какой препарат показан для терапии в данном случае?
	А) Системные ГКС постоянно
	Б) Метотрексат
	В) Доксциклин
	Г) Инфликсимаб
	Д) Омализумаб
106.	Мужчина 35 лет обратился с жалобами на мигрирующие высыпания на коже туловища, существующие около 2 месяцев. Объективно: на коже туловища определяются кольцевидные эритематозные бляшки с приподнятым, слегка шелушащимся внутренним краем и разрешением в центре. Элементы медленно увеличиваются в размерах, меняя конфигурацию. Гистологически: спонгиоз и периваскулярный лимфоцитарный инфильтрат («рукав» вокруг сосуда). Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Центробежная кольцевидная эритема
	Б) Кольцевидная гранулема
	В) Розовый лишай Жибера
	Г) Туберкулезная волчанка
	Д) Псориаз
107.	Мужчина 40 лет обратился с жалобами на зудящее пятно на коже бедра, существующее около 2 месяцев. Пациент самостоятельно применял мазь с сильным топическим глюкокортикостероидом, что привело к временному уменьшению зуда, но последующему резкому расширению очага. Объективно: на коже бедра определяется крупная эритематозная бляшка с нечеткими границами, минимальным шелушением и отсутствием характерного воспалительного валика. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Нуммулярная экзема
	Б) Дерматофития, модифицированная стероидами (tinea incognito)
	В) Розовый лишай Жибера
	Г) Псориаз
	Д) Кольцевидная гранулема
108.	Мужчина 50 лет с распространенным псориазом (PASI 25) и сопутствующей сердечной недостаточностью II ФК госпитализирован в стационар. Какой препарат является противопоказанным для терапии псориаза в данном случае?

	А) Топические ГКС
	Б) Узкополосная UVB-терапия
	В) Эмоленты
	Г) Инфликсимаб
	Д) Ацитретин
109.	Женщина 35 лет с хронической экземой кистей направлена на медико-социальную экспертизу в связи со стойкой утратой трудоспособности (работает маляром). Каковы критерии направления пациента на МСЭ при кожных заболеваниях?
	А) Только наличие высыпаний на коже
	Б) Только возраст пациента
	В) Только профессия пациента
	Г) Никаких критериев нет
	Д) Стойкое нарушение функций организма
110.	Мужчина 50 лет наблюдается по поводу папуло-пустулезной формы розацеа средней степени тяжести. Наружная терапия метронидазолом в течение 3 месяцев оказалась недостаточно эффективной. Согласно современным клиническим рекомендациям, какой препарат для наружного применения является средством выбора для терапии папуло-пустулезных элементов при розацеа, учитывая его действие на демодекоз и воспаление?
	А) Топические глюкокортикостероиды
	Б) Бензоилпероксид
	В) Салициловая кислота
	Г) Ивермектин 1% крем
	Д) Третиноин
111.	Мужчина 30 лет обратился с жалобами на появление белых пятен на коже кистей и лица, существующих около 6 месяцев. Объективно: на коже тыла кистей, вокруг рта и глаз — депигментированные пятна с четкими границами, правильной формы, кожа в очагах полностью лишена пигмента, волосы в очагах также обесцвечены. С каким аутоиммунным заболеванием наиболее часто ассоциируется данная патология, что требует обязательного скрининга?
	А) Аутоиммунный тиреоидит
	Б) Системная красная волчанка
	В) Ревматоидный артрит
	Г) Рассеянный склероз
	Д) Болезнь Аддисона
112.	Женщина 35 лет обратилась с жалобами на симметричные гиперпигментированные пятна на коже лба, щек и верхней губы, усиливающиеся после пребывания на солнце. Из анамнеза известно, что пациентка принимает пероральные контрацептивы в течение 2 лет. Объективно: на коже лица неправильной формы коричневые пятна с четкими границами, расположенные симметрично. Какой препарат для наружного применения является средством первой линии для лечения данного состояния?
	А) Топические глюкокортикостероиды высокой активности
	Б) Гидрохинон 4%
	В) Бензоилпероксид 5%

	Г) Салициловая кислота 10%
	Д) Третиноин 0,1%
113.	Мужчина 32 года обратился с жалобами на болезненные язвы в полости рта и на половых органах, а также на покраснение и боль в правом глазу. Объективно: на слизистой щек, языка — множественные афтозные язвы 0,5–1 см; на коже мошонки — болезненные эрозии; инъекция склер правого глаза, снижение остроты зрения. В анамнезе — узловатая эритема на голених 6 месяцев назад. Какой диагностический критерий является обязательным для верификации данного заболевания согласно международным критериям?
	А) Положительный патч-тест
	Б) Повышение уровня IgE в сыворотке крови
	В) Рецидивирующий афтозный стоматит
	Г) Положительный тест на HLA-B27
	Д) Наличие антинуклеарных антител
114.	Мужчина 40 лет с сахарным диабетом 2 типа обратился с жалобами на коричневатокрасные пятна в паховых складках, существующие около 3 месяцев. Объективно: в паховых и подмышечных складках — симметричные красно-коричневые пятна с четкими границами, мелкопластинчатый шелушением, без признаков воспаления. При микроскопии соскоба патогенный грибок не обнаружен. Какой диагностический признак является патогномоничным для подтверждения диагноза?
	А) Положительная проба Бальцера
	Б) Псевдомицелий в соскобе
	В) Положительный патч-тест
	Г) Кораллово-красное свечение
	Д) Септированный мицелий в препарате с КОН
115.	Мужчина 40 лет пролечен по поводу раннего сифилиса 12 месяцев назад. При контрольном обследовании титр нетрепонемного теста (RPR) вырос с 1:8 до 1:32. Неврологической и офтальмологической симптоматики нет. Каково наиболее обоснованное действие врача?
	А) Назначение повторного курса доксициклина
	Б) Люмбальная пункция
	В) Наблюдение без изменения тактики
	Г) МРТ головного мозга
	Д) Назначение цефтриаксона внутримышечно
116.	Мужчина 25 лет обратился с жалобами на сохранение зудящих красно-коричневых узелков на коже мошонки и в паховых складках. Из анамнеза: 2 месяца назад успешно пролечен от чесотки (клещ не обнаруживается при повторной микроскопии). Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Рецидив чесотки
	Б) Скабиозная лимфоплазия
	В) Контагиозный моллюск
	Г) Фиксированная токсидермия
	Д) Склероатрофический лишай

117.	Женщина 30 лет с тяжелым гнойным гидраденитом (стадия Hurley II–III), резистентным к длительным курсам системных антибиотиков и хирургическому лечению, направлена на подбор биологической терапии. Какой препарат является первым выбором согласно современным клиническим рекомендациям?
	А) Инфликсимаб
	Б) Адалимумаб
	В) Секукинумаб
	Г) Дупилумаб
	Д) Омализумаб
118.	Мужчина 60 лет, заядлый курильщик. Появились фиолетово-красные шелушащиеся бляшки на ушных раковинах, кончике носа, пальцах кистей и стоп, сопровождающиеся выраженной дистрофией ногтей. При обследовании выявлен плоскоклеточный рак гортани. Как называется этот синдром?
	А) Синдром Лезера-Трела
	Б) Синдром Базекса
	В) Синдром Мьюира-Торре
	Г) Акродерматит энтеропатический
	Д) Эритема Gyrate repens
119.	Женщина 55 лет обратилась с жалобами на темное пятно на подошве правой стопы, медленно увеличивающееся в размерах в течение года. Объективно: на коже подошвы — неправильной формы пятно 1,5×1 см, неравномерной черно-коричневой окраски с участками серого и красного цвета, нечеткими зубчатыми границами. При дерматоскопии — атипичная пигментная сеть, параллельный рисунок борозд нарушен. Какой подтип меланомы наиболее вероятен?
	А) Поверхностно-распространяющаяся меланома
	Б) Акральная лентигинозная меланома
	В) Узловая меланома
	Г) Лентиго-меланома
	Д) Десмопластическая меланома
120.	Мужчина 35 лет обратился с жалобами на неприятный запах от стоп и множественные мелкие точечные углубления (питтинг) на коже подошв, усиливающиеся при потливости. Какой возбудитель наиболее часто вызывает данное состояние?
	А) Trichophyton rubrum
	Б) Candida albicans
	В) Corynebacterium
	Г) Staphylococcus aureus
	Д) Pseudomonas aeruginosa
121.	Женщина 40 лет жалуется на появление множественных мелких (1–2 мм), плотных, блестящих папул телесного цвета на коже туловища и разгибательных поверхностях конечностей. Зуд отсутствует. При гистологии выявлен характерный признак «когтевидного захвата» (claw and ball) лимфоцитарным инфильтратом очага паракератоза. Какой диагноз наиболее вероятен?

	А) Красный плоский лишай
	Б) Лишай блестящий
	В) Контагиозный моллюск
	Г) Милиумы
	Д) Фолликулярный кератоз
122.	Мужчина 28 лет с ВИЧ-инфекцией (CD4 150 кл/мл) обратился с жалобами на тяжелые, некротические, покрытые корками папулы и узлы на коже лица и туловища, сопровождающиеся высокой лихорадкой. Серологические тесты на сифилис резко положительные. Как называется эта атипичная форма вторичного сифилиса?
	А) Сифилитическая лейкодерма
	Б) Злокачественный сифилис (lues maligna)
	В) Бугорковый сифилид
	Г) Гуммозный сифилид
	Д) Сифилитическая розеола
123.	Пациент 50 лет жалуется на интенсивный зуд, возникающий через несколько минут после контакта с водой любой температуры, без видимых кожных высыпаний. Симптомы сохраняются около часа. С каким гематологическим заболеванием наиболее часто ассоциирован этот симптом?
	А) Железодефицитная анемия
	Б) Лимфома Ходжкина
	В) Истинная полицитемия
	Г) Тромбоцитопеническая пурпура
	Д) Миеломная болезнь
124.	Женщина 32 лет госпитализирована в дерматологическое отделение с жалобами на высыпания на коже лица, усиливающиеся после инсоляции, боли в суставах, слабость, повышение температуры до 37,8°C. Объективно: на коже щёк и спинки носа — эритема бабочкообразной формы с отёком, на коже кистей — эритематозные пятна, на слизистой полости рта — безболезненные эрозии. В анализах крови: лейкопения $3,2 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитопения $95 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 32 мм/ч, протеинурия 0,8 г/сут, ANA 1:1280, anti-dsDNA положительные, снижение C3 и C4 комплемента. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Дискоидная красная волчанка
	Б) Дерматомиозит
	В) Системная красная волчанка с поражением кожи, суставов и почек
	Г) Смешанное заболевание соединительной ткани
	Д) Саркоидоз
125.	Женщина 32 лет обратилась с жалобами на вялые поверхностные пузыри и эрозии, покрытые чешуйками и корками, преимущественно на коже лица, волосистой части головы, груди и спины. Слизистые оболочки не поражены. При ПИФ выявлено отложение IgG в межклеточных промежутках верхних слоев эпидермиса, антитела к десмоглеину-1 положительные. Какой диагноз наиболее вероятен?
	А) Вульгарная пузырчатка
	Б) Листовидная пузырчатка
	В) Буллезный пемфигоид

	Г) Герпетиформный дерматит Дюринга
	Д) Болезнь Хейли-Хейли
126.	Мужчина 45 лет, работающий садовником, обратился с жалобами на появление линейных гиперпигментированных полос и эритемы на коже предплечий после работы с растениями и последующего пребывания на солнце. Воспаление и зуд отсутствуют. Какой механизм лежит в основе этого состояния?
	А) Аллергическая реакция IV типа
	Б) Фототоксическая реакция
	В) Фотоаллергическая реакция
	Г) Инфекционный дерматит
	Д) Аутоиммунное повреждение
127.	Ребенок 7 лет доставлен на прием с жалобами на линейную цепочку мелких папул телесного цвета, расположенных строго по линиям Блашко на одной конечности. Высыпания появились внезапно, ребенок чувствует себя хорошо. Какой диагноз наиболее вероятен?
	А) Линейный красный плоский лишай
	Б) Линейный лишай (lichen striatus)
	В) Эпидермальный невус
	В) Контагиозный моллюск
	Г) Полосовидная склеродермия
128.	Мужчина 60 лет обратился с жалобами на появление зудящих папул и везикул на коже туловища, усиливающихся в жаркую погоду. В анамнезе – длительный постельный режим после инсульта. При гистологии выявлен фокальный акантолиз в шиповатом слое эпидермиса. Какой диагноз наиболее вероятен?
	А) Болезнь Дарье
	Б) Болезнь Хейли-Хейли
	В) Болезнь Гровера
	Г) Пузырчатка новорожденных
	Д) Вирусная пузырьчатка
129.	Пациентка 42 лет с ограниченной склеродермией (морфеа) госпитализирована в стационар в связи с распространением процесса на кожу лица и волосистой части головы, появлением очагов атрофии и телеангиэктазий. Объективно: на коже лба, щеки — бляшки цвета «слоновой кости» с лиловым ободком по периферии, очаги рубцовой алопеции. Анти-центромерные антитела положительные. Какой препарат системного действия является препаратом выбора для остановки прогрессирования ограниченной склеродермии?
	А) Преднизолон в высоких дозах
	Б) Циклофосфамид
	В) Метотрексат
	Г) Д-пеницилламин
	Д) Гидроксихлорохин

130.	Женщина 48 лет госпитализирована с жалобами на выраженную слабость в проксимальных мышцах конечностей, затруднение при подъёме по лестнице и расчёсывании волос, высыпания на коже лица и кистей. Объективно: лиловато-красная отёчность 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»), механические руки (гиперкератоз, трещины на ладонях). КФК 2800 Ед/л, анти-Jo-1 положительные. При КТ лёгких — интерстициальный фиброз. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Полимиозит
	Б) Системная красная волчанка
	В) Дерматомиозит с поражением кожи, мышц и лёгких
	Г) Болезнь Бехтерева
	Д) Склеродермия
131.	Женщина 25 лет обратилась с жалобами на безболезненную язву на половых губах с неровными, подрытыми краями и кровоточащим «мясным» дном. Регионарные лимфоузлы увеличены и болезненны. При микроскопии мазка-отпечатка из язвы выявлены внутриклеточные базофильные включения в макрофагах. Как они называются?
	А) Тельца Леффлера
	Б) Тельца Донована
	В) Тельца Пашена
	Г) Тельца Ауэрса
	Д) Тельца Маллори
132.	Пациент 38 лет госпитализирован 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 — перенесённая 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 Шёнлейна-Геноха)
	Г) Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера)
	Д) Микроскопический полиангиит
133.	Мужчина 35 лет обратился с жалобами на очаговое выпадение волос на голове. При осмотре выявлены очаги неправильной формы с обломанными волосами разной длины, наличием волос в виде «запятых» и «восклицательных знаков», без признаков воспаления кожи. Какой диагноз наиболее вероятен?
	А) Очаговая алопеция
	Б) Трихотилломания
	В) Трихофития
	Г) Себорейный дерматит
	Д) Рубцовая алопеция

134.	Мужчина 30 лет обратился с жалобами на болезненные изъязвления в области гениталий, появившиеся после полового контакта. Объективно: язва с мягким дном, неровными подрытыми краями, резко болезненная при пальпации. Регионарный лимфаденит. Какой возбудитель наиболее вероятен?
	А) <i>Treponema pallidum</i>
	Б) <i>Chlamydia trachomatis</i> (L1-L3)
	В) <i>Haemophilus ducreyi</i>
	Г) <i>Herpes simplex virus</i>
	Д) <i>Klebsiella granulomatis</i>
135.	Женщина 42 лет с хроническим вирусным гепатитом С госпитализирована с жалобами на пальпируемую пурпуру на нижних конечностях, артралгии, слабость. Объективно: на коже голеней — множественные геморрагические элементы, не бледнеющие при диаскопии, с участками некроза. В анализах крови — криоглобулины (смешанные II типа) положительные, снижение С4 комплемента, положительный ревматоидный фактор, АЛТ 120 Ед/л, HCV RNA положительна. При гистологии биоптата кожи — лейкоцитокластический васкулит. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) IgA-васкулит
	Б) Криоглобулинемический васкулит, ассоциированный с вирусом гепатита С
	В) Узелковый полиартериит
	Г) Системная красная волчанка
	Д) Антифосфолипидный синдром
136.	Мужчина 58 лет госпитализирован с жалобами на болезненные подкожные узлы на голених, ягодицах, бёдрах, 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
137.	Пациентка 35 лет госпитализирована с жалобами на болезненные рецидивирующие подкожные узлы на голених, сопровождающиеся повышением температуры до $38,5^\circ\text{C}$, артралгиями. 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 лёгких. При гистологии биоптата узла — септальный панникулит без васкулита с гранулёмами. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Индуративная эритема Базена
	Б) Узелковый полиартериит
	В) Узловатая эритема как кожное проявление саркоидоза

	Г) Эритема Базена (туберкулёзный панникулит)
	Д) Волчаночный панникулит
138.	Женщина 28 лет госпитализирована с жалобами на болезненные эрозии в полости рта, вялые пузыри на коже туловища, существующие более 2 месяцев. Объективно: на слизистой щёк, дёсен — обширные эрозии с неровными краями, на коже туловища — вялые пузыри с дряблой покрывкой, симптом Никольского положительный. При ПИФ биоптата перилезионной кожи — межклеточное отложение IgG и C3 в эпидермисе. При ИФА — антитела к десмоглеину 3 и десмоглеину 1 положительные. В анамнезе — хронический лимфолейкоз. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вульгарная пузырчатка
	Б) Буллёзный пемфигоид
	В) Паранеопластическая пузырчатка
	Г) Болезнь Хейли-Хейли
	Д) Герпетиформный дерматит Дюринга
139.	Пациент 52 лет с паранеопластической пузырчаткой на фоне лимфомы получает преднизолон 80 мг/сут и ритуксимаб. На фоне терапии отмечается частичная регрессия кожных проявлений, однако сохраняются болезненные эрозии в полости рта, резистентные к местной терапии. Какой дополнительный метод лечения может быть эффективен при резистентном течении паранеопластической пузырчатки?
	А) увеличение дозы преднизолона
	Б) местная терапия топическими ГКС
	В) Внутривенные иммуноглобулины, плазмаферез, циклофосфамид в комбинации с основной терапией
	Г) Ацитретин
	Д) Дапсон
140.	Женщина 65 лет жалуется на появление напряженных пузырей и эрозий преимущественно на слизистой оболочке полости рта и конъюнктиве глаз, приводящих к образованию рубцов и сращений (симблефарон). При ПИФ выявлено линейное отложение IgG и C3 по базальной мембране. Какой диагноз наиболее вероятен?
	А) Вульгарная пузырчатка
	Б) Буллезный пемфигоид
	В) Рубцующий пемфигоид
	Г) Синдром Стивенса-Джонсона
	Д) Эрозивный красный плоский лишай
141.	Мужчина 45 лет обратился с жалобами на появление одиночного крупного (5 см) плотного узла на коже бедра с изъязвлением в центре, существующего 2 месяца. Образование быстро росло. При гистологии: пролиферация атипичного плоского эпителия с формированием «раковых жемчужин». Какой диагноз наиболее вероятен?
	А) Базальноклеточный рак
	Б) Плоскоклеточный рак кожи
	В) Кератоакантома
	Г) Меланома
	Д) Дерматофиброма

142.	Женщина 62 лет госпитализирована с жалобами на напряжённые крупные пузыри с серозным содержимым на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом. Объективно: на коже туловища, конечностей — множественные напряжённые пузыри диаметром 1–3 см с серозным содержимым, на месте вскрывшихся пузырей — эрозии, покрытые серозными корочками. Симптом Никольского отрицательный. При ПИФ биоптата интактной кожи — линейное отложение IgG и C3 по базальной мембране. При ИФА — антитела к ВР180 и ВР230 положительные. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вульгарная пузырчатка
	Б) Буллёзный пемфигOID
	В) Герпетиформный дерматит Дюринга
	Г) Болезнь Хейли-Хейли
	Д) IgA-зависимый линейный дерматоз
143.	Пациент 65 лет с буллёзным пемфигOIDом госпитализирован в стационар, получает преднизолон 60 мг/сут в течение 3 месяцев. На фоне терапии отмечено улучшение кожных проявлений, однако появились боли в эпигастральной области, тошнота, мелена. При ФГДС — множественные эрозии и язвы слизистой желудка. Какая тактика наиболее оптимальна?
	А) увеличение дозы преднизолона
	Б) назначение НПВС
	В) Снижение дозы преднизолона, назначение ингибиторов протонной помпы, гастропротекторов, добавление азатиоприна или микофенолата мофетила для снижения дозы ГКС
	Г) Отмена преднизолона и переход на метотрексат
	Д) Хирургическое лечение язвы
144.	Мать привела ребенка 3 лет с жалобами на полное отслоение ногтевой пластины от проксимального ногтевого валика на больших пальцах кистей. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад ребенок перенес заболевание с везикулезными высыпаниями на ладонях, подошвах и в полости рта. Какой термин наиболее точно описывает это изменение ногтей?
	А) Линии Бо
	Б) Койлонихия
	В) Онихомадезис
	Г) Онихолизис
	Д) Лейконихия
145.	Мужчина 40 лет обратился с жалобами на быстро растущий ярко-красный, мягкий узелок на пальце кисти, который легко кровоточит при незначительной травме. В анамнезе — мелкая травма щепкой 3 недели назад. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Базальноклеточный рак
	Б) Плоскоклеточный рак
	В) Пиогенная гранулема
	Г) Гемангиома
	Д) Дерматофиброма

146.	Пациент 22 лет обратился с жалобами на множественные мелкие (2–3 мм), плоские, слегка возвышающиеся папулы телесного или розоватого цвета на тыле кистей и лице. Зуд отсутствует. При гистологии: гиперкератоз, акантоз, вакуолизация клеток верхних слоев эпидермиса. Какой вирус вызывает это заболевание?
	А) Вирус простого герпеса
	Б) Вирус папилломы человека (ВПЧ)
	В) Вирус контагиозного моллюска
	Г) Вирус ветряной оспы
	Д) Цитомегаловирус
147.	Пациент 45 лет с тяжёлым течением красного плоского лишая (эрозивно-язвенная форма слизистой полости рта, гиперкератотические бляшки на коже голеней) госпитализирован в стационар, получает преднизолон 40 мг/сут в течение 6 месяцев. На фоне терапии отмечено улучшение кожных проявлений, однако сохраняются болезненные эрозии в полости рта, резистентные к местной терапии. Какой препарат системного действия является препаратом второй линии при резистентном течении красного плоского лишая?
	А) увеличение дозы преднизолона
	Б) местная терапия топическими ГКС
	В) Циклоспорин А или азатиоприн
	Г) Ацитретин
	Д) Дапсон
148.	Мужчина 50 лет госпитализирован с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, существующие более 3 лет. Объективно: на коже туловища, конечностей — множественные овальные розовато-коричневые бляшки 2–5 см с чёткими границами, мелкопластинчатым «приклеенным» шелушением в центре. Высыпания расположены преимущественно на туловище, не затрагивают волосистую часть головы, ладони и подошвы. Зуд умеренный. При гистологии биоптата кожи — 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
149.	Мужчина 50 лет с ВИЧ-инфекцией (CD4 80 кл/мл) обратился с жалобами на появление множественных плотных, куполообразных папул с пупковидным вдавлением на лице и туловище, некоторые достигают 1–2 см в диаметре. Какой метод лечения является наиболее целесообразным в первую очередь для улучшения состояния кожи?
	А) Криодеструкция всех элементов
	Б) Назначение антиретровирусной терапии (АРТ)
	В) Системные антибиотики
	Г) Топические глюкокортикостероиды
	Д) Хирургическое иссечение

150.	1 Мужчина 28 лет обратился с жалобами на множественные плотные узелки цвета кожи на лице, существующие с детства. Объективно: на коже щек, носа — множественные ангиофибромы (аденомы сальных желез), на пояснице — фибромы из соединительной ткани («шагреневая кожа»), на ногтевых валиках — периунгвальные фибромы. В анамнезе — эпилептические приступы. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Нейрофиброматоз I типа
	Б) Туберозный склероз (болезнь Бурневилля)
	В) Синдром Мак-Кьюна-Олбрайта
	Г) Синдром Горлина-Гольца
	Д) Ксеродерма пигментная
151.	У пациента 50 лет с болезнью Девержи тяжёлого течения (эритродермическая форма) неэффективна наружная терапия и фототерапия. Какой препарат системного действия является препаратом выбора для индукции ремиссии в условиях стационара?
	А) Метотрексат
	Б) Ацитретин
	В) Циклоспорин А
	Г) Преднизолон
	Д) Гидроксимочевина
152.	Пациент 55 лет с псориатической эритродермией госпитализирован в стационар. В биохимическом анализе крови — гипоальбуминемия 26 г/л, нарушение электролитного баланса, повышение СРБ до 85 мг/л. Какой патогенетический механизм лежит в основе гипоальбуминемии при данном состоянии?
	А) Нарушение синтеза альбумина в печени
	Б) Почечная потеря белка
	В) Снижение поступления белка с пищей
	Г) Усиленная трансэпидермальная потеря белка вследствие тотального поражения кожи и нарушения барьерной функции
	Д) Гемодилюция на фоне инфузионной терапии
153.	Женщина 32 года обратилась с жалобами на стойкое покраснение и папулопустулезные высыпания в области подбородка, носогубных складок и красной каймы губ. Объективно: в указанных зонах — эритема, мелкие папулы и пустулы, характерная «узкая полоска» интактной кожи вдоль красной каймы губ. В анамнезе — длительное применение топических глюкокортикостероидов высокой активности на кожу лица. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Розацеа (стероидная форма)
	Б) Аллергический контактный дерматит
	В) Периоральный дерматит
	Г) Себорейный дерматит
	Д) Акне позднего начала
154.	Мужчина 45 лет обратился с жалобами на стойкое покраснение кожи лица, особенно крыльев носа и щек, с обилием расширенных устьев фолликулов. Объективно: диффузная эритема лица, фолликулярные чешуйки, при дермоскопии — множественные

	полупрозрачные структуры («капли росы»). При микроскопии ресниц и секрета сальных желез выявлено более 15 клещей на 1 см ² . Какой возбудитель наиболее вероятен?
	А) <i>Sarcoptes scabiei</i>
	Б) <i>Demodex folliculorum</i>
	В) <i>Demodex folliculorum</i> и <i>Demodex brevis</i>
	Г) <i>Pityrosporum ovale</i>
	Д) <i>Pediculus humanus</i>
155.	Женщина 26 лет обратилась с жалобами на интенсивный зуд кожи головы и за ушами. Объективно: на коже волосистой части головы, за ушными раковинами — экскориации, серозно-геморрагические корочки, при осмотре волос — фиксированные на стержнях волоса белесоватые овальные образования, плотно прикрепленные к волосу. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Себорейный дерматит
	Б) Микроспория волосистой части головы
	В) Педикулез (головные вши)
	Г) Трихофития
	Д) Фолликулярный дерматит
156.	Пациент 40 лет с псориазом, резистентным к стандартной терапии (метотрексат, ацитретин), госпитализирован для начала терапии генно-инженерными биологическими препаратами (секукинумаб, анти-IL-17A). Перед началом терапии каким обследованием необходимо выполнить в обязательном порядке?
	А) Скрининг на туберкулёз, маркеры вирусных гепатитов В и С (HBsAg, anti-HCV), ВИЧ, общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи
	Б) общий анализ крови
	В) МРТ всего тела
	Г) ПЭТ-КТ
	Д) консультация терапевта
157.	Мужчина 52 года, злоупотребляющий алкоголем, обратился с жалобами на появление пузырей на тыле кистей после пребывания на солнце. Объективно: на коже тыла кистей, предплечий — вялые пузыри, эрозии, милиумы, гиперпигментация, гипертрихоз в височной области. В биохимическом анализе крови — повышение АЛТ, ферритина. В моче — повышение уропорфиринов. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Буллезный пемфигоид
	Б) Пигментная ксеродерма
	В) Порфирия кожи поздняя
	Г) Болезнь Гровера
	Д) Склероатрофический лишай
158.	Пациент 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
159	Мужчина 58 лет госпитализирован с высокой лихорадкой (39,5°C) и внезапным появлением болезненных ярко-красных бляшек на лице, шее и тыле кистей. Объективно: бляшки отечные, с псевдовезикуляцией. В общем анализе крови — лейкоцитоз $18 \times 10^9/\text{л}$ с нейтрофилезом 88%. При гистологии — плотный диффузный инфильтрат из зрелых нейтрофилов в верхней дерме без признаков васкулита. В анамнезе — ОРВИ за неделю до высыпаний. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Рожистое воспаление
	Б) Синдром Стивенса-Джонсона
	В) Синдром Свита
	Г) Узловатая эритема
	Д) Многоформная экссудативная эритема
160.	Женщина 52 лет госпитализирована с жалобами на болезненные эрозии в полости рта, существующие более 4 месяцев, и вялые пузыри на коже туловища. Объективно: на слизистой щёк, дёсен, 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) Буллёзный пемфигOID
	Б) Вульгарная (истинная) пузырчатка
	В) Герпетиформный дерматит Дюринга
	Г) Болезнь Хейли-Хейли
	Д) IgA-зависимый линейный дерматоз
161.	У пациентки 48 лет с впервые выявленной вульгарной пузырчаткой в стационаре начата пульс-терапия метилпреднизолоном 1000 мг/сут в течение 3 дней с последующим переходом на преднизолон 1,5 мг/кг/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) Ингибиторы протонной помпы, гипогликемические препараты, антигипертензивные средства
	Г) Системные антигистаминные препараты
	Д) Антимикотики
162.	Мужчина 65 лет госпитализирован с жалобами на напряжённые пузыри с серозным содержимым на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся умеренным зудом. Объективно: на коже туловища, конечностей — множественные напряжённые пузыри

	диаметром 1–3 см с серозным содержимым, на месте вскрывшихся пузырей — эрозии, покрытые серозными корочками. Симптом Никольского отрицательный. При ПИФ биоптата перилезионной кожи — линейное отложение IgG и C3 по базальной мембране. При ИФА сыворотки крови — антитела к ВР180 и ВР230 положительные. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вульгарная пузырчатка
	Б) Буллёзный пемфигоид
	В) Герпетиформный дерматит Дюринга
	Г) Болезнь Хейли-Хейли
	Д) Паранеопластическая пузырчатка
163.	Ребенок 7 лет доставлен к врачу с жалобами на болезненный, тестоватой консистенции, покрытый корками воспалительный инфильтрат на волосистой части головы, сопровождающийся регионарным лимфаденитом. Волосы в очаге легко и безболезненно удаляются. Какой термин наиболее точно описывает это осложнение дерматофитии?
	А) шанкр
	Б) лимфоплазия
	В) Керион
	Г) Себорейный дерматит
	Д) Абсцедирующий фолликулит Гоффмана
164.	Пациентка 25 лет начала курс химиотерапии по поводу острого лимфобластного лейкоза. Через 14 дней отметила обильное выпадение волос. При микроскопии выпавших волос обнаружены дистрофичные волосы анагена с заостренными, обломанными проксимальными концами. Как называется этот тип алопеции?
	А) Телогеновая алопеция
	Б) Анагеновая алопеция
	В) Очаговая алопеция
	Г) Рубцовая алопеция
	Д) Тракционная алопеция
165.	Женщина 35 лет госпитализирована с жалобами на болезненные эрозии в полости рта и гениталиях, зудящие пузырьные высыпания на коже. Объективно: на слизистой щёк, языка — эрозии с неровными краями, фибринозный налёт, по периферии — белесоватая сетка Уикхема; на коже туловища, конечностей — напряжённые пузыри с серозно-геморрагическим содержимым на месте бывших папул, эрозии, покрытые геморрагическими корочками. Симптом Никольского отрицательный. При ПИФ биоптата перилезионной кожи — линейное отложение IgG и C3 по базальной мембране. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вульгарная пузырчатка
	Б) Буллёзная форма красного плоского лишая
	В) Буллёзный пемфигоид
	Г) Герпетиформный дерматит Дюринга
	Д) Синдром Стивенса-Джонсона
166.	Мужчина 58 лет госпитализирован 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 перилезионной 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) Листовидная пузырчатка
	В) Буллёзный пемфигоид
	Г) Герпетиформный дерматит Дюринга
	Д) Болезнь Хейли-Хейли
167.	Женщина 40 лет обратилась с жалобами на одиночный безболезненный узел на коже плеча, существующий 6 месяцев. Объективно: на коже плеча — узел 2×2,5 см синюшно-красного цвета, плотный, безболезненный. При диаскопии — цвет «яблочного желе». При гистологии — в дерме плотный полиморфноклеточный инфильтрат с преобладанием лимфоцитов, наличием макрофагов и плазматических клеток, без признаков атипии. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Саркоидоз кожи
	Б) Лимфоцитомы кожи
	В) Базальноклеточный рак
	Г) Грибовидный микоз
	Д) Кольцевидная гранулема
168.	Мужчина 68 лет, фермер, обратился с жалобами на образование на коже носа. Объективно: на коже кончика носа — бляшка 2×2 см с четкими границами, бархатистой красноватой поверхностью, покрытая плотно спаянной серовато-желтой чешуйкой, при поскабливании которой обнажается влажная зернистая поверхность. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Базальноклеточный рак
	Б) Плоскоклеточный рак
	В) Болезнь Боуэна
	Г) торре кератоз
	Д) Кожный рог
169.	Мужчина 50 лет с псориазом на фоне терапии циклоспорином А 4 мг/кг/сут в течение 3 месяцев отметил появление отёков нижних конечностей, повышение АД до 160/100 мм рт.ст. В биохимическом анализе крови — креатинин 140 мкмоль/л. В анамнезе — вульгарная пузырчатка в стадии ремиссии. Какая тактика наиболее оптимальна?
	А) Продолжить терапию в той же дозе
	Б) Снижение дозы циклоспорина А или отмена, назначение гипотензивных препаратов, переход на альтернативную терапию (биологические препараты)
	В) Добавление преднизолона
	Г) Увеличение дозы циклоспорина А
	Д) Продолжение терапии под контролем АД и креатинина
170.	Пациент 40 лет с псориазом, резистентным к стандартной терапии, госпитализирован для начала терапии генно-инженерными биологическими препаратами (секукинумаб, анти-IL-

	17А). Перед началом терапии каким обследованием необходимо выполнить в обязательном порядке? В анамнезе — герпетиформный дерматит Дюринга.
	А) Скрининг на туберкулёз, маркеры вирусных гепатитов В и С, ВИЧ, общий и биохимический анализы крови
	Б) Только общий анализ крови
	В) МРТ всего тела
	Г) ПЭТ-КТ
	Д) Только консультация терапевта
171.	Мужчина 40 лет с псориазом и псориатическим артритом (поражение дистальных межфаланговых суставов кистей, утренняя скованность до 60 минут, дактилит, DAS28 5,2) госпитализирован в стационар. На фоне терапии метотрексатом 20 мг/неделю в течение 6 месяцев сохраняется высокая активность заболевания. В анамнезе — герпетиформный дерматит Дюринга. Какой препарат может быть добавлен или использован в качестве альтернативы?
	А) Системные ГКС в высоких дозах
	Б) Биологические препараты (анти-ФНО-α, анти-IL-17, анти-IL-23) или ингибиторы JAK
	В) Хлорохин
	Г) Лефлуномид
	Д) Диклофенак в/м
172.	Пациент 65 лет с распространённым псориазом (PASI 28) получает инфликсимаб (анти-ФНО-α) в течение 6 месяцев. На фоне терапии появились ночная потливость, субфебрильная температура, кашель. При рентгенографии органов грудной клетки — очаговая тень в S3 правого лёгкого. В анамнезе — буллёзный пемфигоид в стадии ремиссии. Какой метод диагностики является наиболее информативным для исключения туберкулёза?
	А) Общий анализ крови
	Б) КТ органов грудной клетки с контрастированием, исследование мокроты на КУМ
	В) Бронхоскопия
	Г) ПЭТ-КТ
	Д) Серологические реакции
173.	Пациент 50 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. В анамнезе — вульгарная пузырчатка в стадии ремиссии. 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
174.	Женщина 30 лет с псориазом на 20-й неделе беременности обратилась с жалобами на обострение: распространённые эритематозно-шелушащиеся бляшки на коже туловища, конечностей, PASI 18. В анамнезе — герпетиформный дерматит Дюринга в стадии ремиссии. Какой препарат может быть использован для терапии в данном случае?

	А) Метотрексат
	Б) Топические ГКС низкой и средней активности на ограниченные участки, эмоленды, узкополосная UVB-терапия (311 нм)
	В) Ацитретин
	Г) Циклоспорин А
	Д) Инфликсимаб
175.	Мужчина 72 лет обратился с жалобами на безболезненную эрозию на головке полового члена, существующую 4 месяца. Объективно: на головке полового члена — бархатистая бляшка 1,5×2 см ярко-красного цвета с четкими границами, влажной поверхностью. При гистологии — атипия эпидермиса на всю толщину с сохранением базальной мембраны. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Склероатрофический лихен
	Б) Болезнь Боуэна
	В) Эритроплазия Кейра
	Г) Плоскоклеточный рак
	Д) Фиксированная токсикодермия
176.	Женщина 50 лет обратилась с жалобами на плотный, безболезненный узел на голени, существующий 2 года. При сжатии узла пальцами с двух сторон он втягивается внутрь, образуя ямку. При дерматоскопии выявляется центральное белое бесструктурное пятно с нежной пигментной сетью по периферии. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Дерматофибросаркома
	Б) Дерматофиброма
	В) Узловатая эритема
	Г) Кольцевидная гранулема
	Д) Нейрофиброма
	Д) Телеангиэктазия
177.	Ребенок 3 лет доставлен на прием с жалобами на мономорфные, плоские, красно-коричневые папулы, симметрично расположенные на щеках, ягодицах и разгибательных поверхностях конечностей, при этом туловище интактно. За неделю до этого перенес легкую респираторную вирусную инфекцию. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Розовый лишай Жибера
	Б) Папулезная крапивница
	В) Синдром Джанотти-Крости
	Г) Контагиозный моллюск
	Д) Строфулюс
178.	При трихоскопии пациента с очаговой алопецией врач выявил множественные однородные желтоватые образования в устьях фолликулов, представляющие собой скопления себума и кератина. Как называется этот классический диагностический признак?
	А) Черные точки
	Б) Желтые точки
	В) Восклицательные знаки
	Г) Скрученные волосы

	Д) Точки запятой
179.	Пациентка 37 лет с тяжёлым атопическим дерматитом (SCORAD 68) выписана из дерматологического стационара после курса биологической терапии дупилумабом. В выписном эпикризе указаны рекомендации по продолжению терапии, уходу за кожей, диете. В анамнезе — герпетиформный дерматит Дюринга в стадии ремиссии. Каков порядок дальнейшего диспансерного наблюдения после стационарного лечения?
	А) Наблюдение только у аллерголога-иммунолога
	Б) Диспансерное наблюдение дерматовенерологом по месту жительства с периодичностью 1 раз в 3 месяца в первый год, далее 1 раз в 6 месяцев, контроль SCORAD, оценка побочных эффектов (конъюнктивит, эозинофилия) каждые 3 месяца, консультация офтальмолога при наличии конъюнктивита, коррекция терапии при необходимости, совместное ведение с аллергологом
	В) Самостоятельный приём препаратов без контроля анализов
	Г) Только контроль кожных проявлений без системного мониторинга
	Д) Направление на МСЭ независимо от функционального статуса
180.	Пациент 34 лет с псориатической эритродермией (PASI 52), гипертермией до 39,1°C, гипоальбуминемией и нарушением электролитного баланса доставлен в приёмное отделение дерматологического стационара. В анамнезе — самостоятельная резкая отмена метотрексата 5 дней назад. У пациента в анамнезе — вульгарная пузырчатка в стадии ремиссии. Каковы показания к экстренной госпитализации в данном случае?
	А) Только наличие высыпаний
	Б) Эритродермия, нарушение терморегуляции, риск инфекционных осложнений, декомпенсация сопутствующей патологии, необходимость инфузионной терапии
	В) Возраст пациента
	Г) Наличие сахарного диабета
	Д) Отсутствие показаний к госпитализации
181	Мужчина 75 лет, рыбак, обратился с жалобами на роговидный вырост на коже лба. Объективно: на коже лба — конический вырост высотой 2 см, плотный, желтовато-коричневого цвета, в основании — гиперкератотическая бляшка. При гистологии основания — атипичные клетки плоскоклеточного эпителия, инвазия в дерму до 1 мм. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Себорейная кератома
	Б) Кожный рог (доброкачественный)
	В) Кожный рог на фоне плоскоклеточного рака
	Г) Базальноклеточный рак
	Д) Актинический кератоз
182.	Пациент 30 лет отмечает появление одиночного темно-красного пятна с пузырьком на головке полового члена каждый раз после приема определенного лекарства от головной боли. После разрешения элемента остается стойкая гиперпигментация. Какой класс препаратов наиболее часто вызывает эту реакцию?
	А) Макролиды
	Б) НПВС
	В) Ингибиторы АПФ

	Г) Статины
	Д) Бета-блокаторы
183.	Мужчина 62 года, строитель, обратился с жалобами на шелушащиеся пятна на коже лица и тыла кистей. Объективно: на коже лба, висков, тыла кистей — множественные эритематозные пятна 0,5–2 см с плотно спаянными серовато-желтыми чешуйками, при удалении которых возникает точечная кровоточивость. При гистологии — атипия кератиноцитов в нижних отделах эпидермиса без инвазии в дерму. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Псориаз
	Б) Болезнь Боуэна
	В) Актинический кератоз
	Г) Себорейный кератоз
	Д) Красный плоский лишай
184.	Мужчина 55 лет с семейной гиперхолестеринемией обратился с жалобами на желтоватые образования на коже. Объективно: на коже верхних и нижних век — плоские желтоватые бляшки (ксантелазмы), на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов — плоские желтоватые папулы, сливающиеся в бляшки. В биохимическом анализе крови — повышение общего холестерина до 9,5 ммоль/л, ЛПНП — 6,8 ммоль/л. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Ксантоматоз при первичном билиарном циррозе
	Б) Эруптивные ксантомы
	В) Туберозные и плоские ксантомы
	Г) Липоидный некробиоз
	Д) Болезнь Гровера
185.	Мужчина 48 лет обратился с жалобами на уплотнение кожи лица и кистей, появление восковидных папул. Объективно: на коже лица, кистей, предплечий — множественные плотные папулы 2–3 мм телесного цвета, расположенные линейно, кожа лица уплотнена, напоминает «львиную маску». При гистологии — отложение муцина в верхней и средней дерме, proliferation фибробластов. В крови — М-градиент IgG лямбда. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Склеродермия
	Б) Склеромикседема (папулезный муциноз)
	В) Склеромикседема (болезнь Арндта-Готтрона)
	Г) Нейрофиброматоз
	Д) Саркоидоз
186.	Мужчина 35 лет обратился с жалобами на прогрессирующее поредение волос в лобно-височной области и на макушке. Объективно: в указанных зонах — истончение волос, миниатюризация терминальных волос в пушковые, кожа без признаков воспаления. У отца — аналогичные проявления с 40 лет. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Очаговая алопеция
	Б) Диффузная телогеновая алопеция
	В) Андрогенетическая алопеция
	Г) Рубцовая алопеция

	Д) Телогеновая алопеция
187.	Женщина 28 лет обратилась с жалобами на очаговое выпадение волос на голове, существующее 2 месяца. Объективно: на коже волосистой части головы — округлый очаг 3×4 см полностью гладкой кожи без признаков воспаления, по периферии — волосы с «восклицательным знаком» (суженные у основания). Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Микроспория
	Б) Трихотилломания
	В) Очаговая алопеция
	Г) Рубцовая алопеция
	Д) Андрогенетическая алопеция
188.	Мужчина 42 года обратился с жалобами на изменение ногтевых пластин на больших пальцах стоп. Объективно: на больших пальцах стоп — ногтевая пластинка с дистальной части отслаивается, цвет ложа розовый. Микроскопия на дерматофиты отрицательная. В анамнезе — длительное ношение тесной обуви, профессиональная деятельность связана с ходьбой. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Онихомикоз
	Б) Псориаз ногтей
	В) Травматический онихолизис
	Г) Ониходистрофия при экземе
	Д) Врожденная пахионихия
189.	На прием обратилась мама с ребенком 5 лет с жалобами на диффузное утолщение кожи ладоней и подошв с рождения. Объективно: кожа ладоней и подошв диффузно утолщена, желтоватого цвета, с выраженным рисунком, гипергидроз. Ногти и волосы, кожа туловища не изменены. У отца — аналогичные проявления. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Псориаз ладонно-подошвенный
	Б) Тилотическая экзема
	В) Диффузная ладонно-подошвенная кератодермия
	Г) Болезнь Дарье
	Д) Ихтиоз
190.	Пациент 65 лет имеет на коже носа плотную бляшку с нечеткими границами, напоминающую рубец, без типичного жемчужного валика. Биопсия подтвердила базальноклеточный рак. Какая гистологическая форма этого заболевания обладает наибольшим потенциалом к местной инвазии и рецидивированию?
	А) Поверхностная
	Б) Узловая
	В) Пигментная
	Г) Морфеаподобная
	Д) Кистозная
191.	Пациентка 25 лет обратилась с жалобами на синюшно-серую пигментацию кожи в области щеки и склеры глаза с одной стороны, существующую с рождения. Какой метод лечения является «золотым стандартом» для коррекции этого дефекта?

	А) Криодеструкция
	Б) Лазерная терапия
	В) Хирургическое иссечение
	Г) Химический пилинг
	Д) Топические ретиноиды
192.	Женщина 30 лет обратилась с жалобами на множественные мелкие (1–2 мм), плотные, блестящие папулы телесного цвета, симметрично расположенные вокруг глаз и на верхних веках. Зуд отсутствует. Образование происходит из протоков потовых желез. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Ксантелазма
	Б) Милиумы
	В) Сирингома
	Г) Трихоэпителиома
	Д) Контагиозный моллюск
193.	Мужчина 35 лет вернулся из поездки в страны Средней Азии с жалобами на безболезненную язву на предплечье с плотными, приподнятыми краями и гранулирующим дном, напоминающую кратер вулкана. В анамнезе – укус москита. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Кожный туберкулез
	Б) Сибирская язва
	В) Кожный лейшманиоз
	Г) Лепра
	Д) Глубокий микоз
194.	У пациента 20 лет при обследовании выявлены интерстициальный кератит, специфическая деформация верхних центральных резцов с полулунной выемкой на режущем крае и двусторонняя нейросенсорная тугоухость. В анамнезе – сифилис у матери во время беременности. Как называется эта совокупность симптомов?
	А) Симптом
	Б) Триада Гетчинсона
	В) Симптом Парро
	Г) Триада Вассермана
	Д) Симптом Филатова
195.	Ребёнок 8 лет госпитализирован с пигментной ксеродермой. Объективно: на коже лица и кистей — множественные лентиго, телеангиэктазии, участки гипер- и депигментации, атрофии, кератомы. В анамнезе — тяжёлые солнечные ожоги в раннем детстве. Какой молекулярный дефект лежит в основе данного заболевания?
	А) Нарушение синтеза меланина
	Б) Дефект эксцизионной репарации ДНК
	В) Мутация гена РТСН
	Г) Дефект коллагена VII
	Д) Мутация гена филаггрина

196.	Мужчина 50 лет госпитализирован с вялыми пузырями и эрозиями в паховых и подмышечных складках, которые со временем трансформировались в мясистые, бородавчатые вегетации. При гистологии выявлен акантолиз в нижних отделах эпидермиса и эозинофильные микроабсцессы в эпидермисе. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вульгарная пузырчатка
	Б) Листовидная пузырчатка
	В) Вегетирующая пузырчатка
	Г) Болезнь Хейли-Хейли
	Д) Пиодермия вегетирующая
197.	Мужчина 65 лет, многолетний курильщик, обратился с жалобами на сухость, шелушение и появление белесоватых бляшек на нижней губе. При пальпации определяется участок уплотнения. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Эксфолиативный хейлит
	Б) Гландулярный хейлит
	В) Актинический хейлит
	Г) Атопический хейлит
	Д) Красный плоский лишай губ
198.	При дерматоскопии пигментного образования на спине врач отмечает наличие «молочно-красных зон» и полиморфных сосудов при полном отсутствии пигментной сети. Какой диагноз является наиболее тревожным и требует срочной верификации?
	А) Внутридермальный невус
	Б) Себорейный кератоз
	В) Амеланотическая меланома
	Г) Дерматофиброма
	Д) Базальноклеточный рак
199.	Женщина 42 лет с ограниченной склеродермией (морфеа) госпитализирована в стационар в связи с распространением процесса на кожу лица и волосистой части головы, появлением очагов атрофии и телеангиэктазий. Объективно: на коже лба, щеки — бляшки цвета «слоновой кости» с лиловым ободком по периферии, очаги рубцовой алопеции. Анти-центромерные антитела положительные. Какой препарат системного действия является препаратом выбора для остановки прогрессирования ограниченной склеродермии?
	А) Преднизолон в высоких дозах
	Б) Циклофосфамид
	В) Метотрексат
	Г) Д-пеницилламин
	Д) Гидроксихлорохин
200.	Мужчина 50 лет с тяжелой формой болезни Дарье госпитализирован в стационар. 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. Какой препарат системного действия является препаратом выбора в стационаре?
	А) Метотрексат
	Б) Ацитретин
	В) Циклоспорин А
	Г) Доксициклин
	Д) Преднизолон
201.	У пациента 50 лет с болезнью Дарье тяжёлого течения (эритродермическая форма) неэффективна наружная терапия и фототерапия. Какой препарат системного действия является препаратом выбора для индукции ремиссии в условиях стационара?
	А) Метотрексат
	Б) Ацитретин
	В) Циклоспорин А
	Г) Преднизолон
	Д) Гидроксимочевина
202.	Пациент 30 лет жалуется на изменение одного ногтя. Объективно: продольная эритронихия с V-образной выемкой на свободном крае и небольшой папилломой под ногтевым ложем. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Онихомикоз
	Б) Онихопапиллома
	В) Гломусная опухоль
	Г) Подногтевой экзостоз
	Д) Меланонихия
203.	Мужчина 40 лет обратился с жалобами на множественные сальные аденомы и кератоакантомы на лице. В анамнезе – рак толстой кишки, прооперированный 2 года назад. Какой синдром наиболее вероятен?
	А) Синдром Гарднера
	Б) Синдром Мьюира-Торре
	В) Синдром Коудена
	Г) Синдром Пейтца-Егерса
	Д) Синдром Горлина
204.	Ребёнок 10 лет госпитализирован с ламеллярным ихтиозом. Объективно: кожа туловища и конечностей покрыта крупными тёмно-коричневыми пластинчатыми чешуйками, выражен эктропион, эклабион, ладонно-подошвенный гиперкератоз. Какой препарат системного действия наиболее эффективен для уменьшения гиперкератоза?
	А) Системные глюкокортикостероиды
	Б) Ацитретин
	В) Метотрексат
	Г) Доксициклин
	Д) Гидроксимочевина
205.	Мужчина 40 лет жалуется на появление множественных мелких красно-коричневых точек на голених, напоминающих «кайенский перец». Высыпания не возвышаются над кожей,

	не бледнеют при диаскопии, зуд отсутствует. Гистологически: экстравазация эритроцитов и отложение гемосидерина вокруг капилляров. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Узловатая эритема
	Б) Болезнь Шамберга
	В) Ливедоидная васкулопатия
	Г) Пигментная пурпура
	Д) Капиллярит
206.	Мужчина 25 лет обратился с жалобами на избыточную потливость ладоней, затрудняющую профессиональную деятельность (работает с электроникой). Объективно: кожа ладоней влажная, мацерированная, капли пота выступают при минимальном волнении. Тест Минора положительный. Какой метод лечения является наиболее эффективным для достижения стойкого эффекта на 6–12 месяцев?
	А) Топические антиперспиранты с хлоридом алюминия
	Б) Системные холинолитики
	В) Инъекции ботулинистического нейротоксина типа А
	Г) Ионофорез
	Д) Симпатэктомия
207.	Женщина 35 лет обратилась с жалобами на белые пятна на коже лица и кистей, существующие 1 год. Объективно: на коже лица (периорально, вокруг глаз), тыла кистей — депигментированные пятна с четкими границами, правильной формы, с гиперпигментированным ободком по периферии. Волосы в очагах обесцвечены. Дерматоскопия — полное отсутствие пигмента, телеангиэктазии. Какой препарат для наружного применения зарегистрирован для лечения витилиго на лице в последние годы?
	А) Гидрохинон 4%
	Б) Топические глюкокортикостероиды
	В) Такролимус 0,1% мазь
	Г) Метотрексат
	Д) Псорален
208.	Мужчина 22 лет с болезнью Дарье отмечает резкое обострение высыпаний и появление неприятного запаха в летний период. Какой фактор окружающей среды является наиболее частым триггером обострения этого генодерматоза, требующим строгой профилактики?
	А) Холод и ветер
	Б) Высокая влажность
	В) Ультрафиолетовое излучение
	Г) Контакт с никелем
	Д) Психосоциальный стресс
209.	Мужчина 42 лет госпитализирован в дерматологическое отделение с жалобами на распространённые высыпания на коже туловища и конечностей, существующие около 2 лет. Объективно: на коже туловища, верхних и нижних конечностей множественные кольцевидные бляшки 2–5 см в диаметре с запавшим центром и плотным периферическим валиком телесного или розоватого 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. С каким эндокринным заболеванием наиболее часто ассоциируется данный дерматоз?
	А) Гипотиреоз
	Б) Болезнь Аддисона
	В) Сахарный диабет
	Г) Феохромоцитома
	Д) Синдром Кушинга
210.	У пациента с болезнью Девержи при пальпации кожи разгибательных поверхностей проксимальных фаланг кистей ощущается выраженная шероховатость, напоминающая терку для мускатного ореха. Как называется этот классический клинический признак?
	А) Симптом Ауспитца
	Б) Феномен Кебнера
	В) Симптом «терки»
	Г) Симптом Никольского
	Д) Феномен Филатова
211.	Мужчина 55 лет с сахарным диабетом 2 типа в течение 15 лет госпитализирован с жалобами на высыпания на коже голеней, существующие около 5 лет. Объективно: на передней поверхности обеих голеней симметричные округлые бляшки 3–4 см с восковидным жёлтым центром, атрофией кожи, телеангиэктазиями и гиперпигментированным валиком по периферии. Безболезненны при пальпации. При гистологическом исследовании биоптата — некробиоз коллагена в средней и нижней трети дермы, гранулематозное воспаление с гигантскими клетками, отсутствие муцина. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Липоидный некробиоз
	Б) Саркоидоз кожи
	В) Кольцевидная гранулёма
	Г) Склероатрофический лихен
	Д) Болезнь Боуэна
212.	Женщина 45 лет госпитализирована с диссеминированной формой кольцевидной гранулёмы. Объективно: на коже туловища, конечностей множественные кольцевидные бляшки 2–5 см с запавшим центром и периферическим валиком, без шелушения. При гистологическом исследовании биоптата — некробиоз коллагена, гранулематозное воспаление. Какой препарат системного действия является препаратом выбора при диссеминированной форме кольцевидной гранулёмы, резистентной к наружной терапии?
	А) Преднизолон
	Б) Метотрексат
	В) Гидроксихлорохин
	Г) Ацитретин
	Д) Циклоспорин А
213.	Мужчина 52 лет с установленным диагнозом «саркоидоз кожи и лёгких» госпитализирован в стационар для подбора системной терапии. Объективно: на коже лица, туловища — множественные плотные узелки и бляшки желтовато-розового цвета, при диаскопии — цвет «яблочного желе». При КТ органов грудной клетки —

	двусторонняя внутригрудная лимфаденопатия, интерстициальный фиброз. При биохимическом анализе крови — повышение уровня ангиотензинпревращающего фермента (АФ), гиперкальциемия. Какой препарат является препаратом первой линии для системной терапии саркоидоза кожи с поражением лёгких?
	А) Преднизолон
	Б) Метотрексат
	В) Азатиоприн
	Г) Гидроксихлорохин
	Д) Циклофосфамид
214.	Мужчина 40 лет госпитализирован с эритродермией, «островками» здоровой кожи и выраженной ладонно-подошвенной кератодермией. Проведена биопсия кожи. Какой гистологический признак является патогномоничным для болезни Девержи и отличает ее от псориаза?
	А) Микроабсцессы Мунро
	Б) «Шахматный» паракератоз
	В) Акантолиз в шиповатом слое
	Г) Лентовидный лимфоцитарный инфильтрат
	Д) Отложение муцина в сосочковом слое
215.	Ребенок 5 лет наблюдается с ломкостью и секущимися концами волос. При трихоскопии стержни волос имеют вид «раздвоенной метлы» или «бамбука» с узелковыми утолщениями, где волос легко обламывается. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Монилетрикс
	Б) Узелковая трихоклазия
	В) Псевдопелада Брока
	Г) Трихонодоз
	Д) Синдром нечесаных волос
216.	Женщина 48 лет с диссеминированной формой кольцевидной гранулёмы получает гидроксихлорохин в течение 3 месяцев. При контрольном обследовании выявлено снижение остроты зрения, при офтальмоскопии — макулярные изменения. Какой препарат необходимо добавить или заменить для профилактики осложнений?
	А) Увеличить дозу гидроксихлорохина
	Б) Отменить гидроксихлорохин, консультация офтальмолога, переход на альтернативную терапию (дапсон, метотрексат)
	В) Назначить системные глюкокортикостероиды
	Г) Продолжить терапию под контролем офтальмолога
	Д) Добавить преднизолон в малых дозах
217.	Женщина 30 лет обратилась с жалобами на синюшно-серую пигментацию кожи в проекции V1 и V2 ветвей тройничного нерва с одной стороны лица, а также на склере глаза. Слизистые не поражены. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Монгольское пятно
	Б) Невус Беккера
	В) Невус Ота
	Г) Мелазма

	Д) Болезнь Аддисона
218.	Ребенок 4 лет госпитализирован с лихорадкой более 5 дней, двусторонним неэкссудативным конъюнктивитом, «малиновым» языком, шейной лимфаденопатией и последующим пластинчатым шелушением пальцев кистей и стоп. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Скарлатина
	Б) Инфекционный мононуклеоз
	В) Болезнь Kawasaki
	Г) Синдром Стивенса-Джонсона
	Д) Розовый лишай Жибера
219.	Женщина 28 лет обратилась с жалобами на шероховатость и продольную исчерченность всех 20 ногтевых пластинок, напоминающих «наждачную бумагу». Воспаление кутикулы отсутствует. В анамнезе – очаговая алопеция. Как называется этот синдром поражения ногтей?
	А) Онихолизис
	Б) Койлонихия
	В) Трахионихия
	Г) Онихогрифоз
	Д) Лейконихия
220.	Мужчина 55 лет обратился к врачу с жалобами на желтые, утолщенные, медленно растущие ногти на ногах, сопровождающиеся двусторонним лимфатическим отеком голеней и рецидивирующим плевральным выпотом. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Онихомикоз
	Б) Псориаз ногтей
	В) Синдром желтых ногтей
	Г) Ониходистрофия при экземе
	Д) Врожденная пахಿನия
221.	Мужчина 50 лет обратился с жалобами на болезненное, горячее на ощупь, разлитое покраснение и отек на голени. В отличие от рожи, границы гиперемии нечеткие, процесс затрагивает глубокую дерму и подкожную клетчатку, отмечается высокая лихорадка. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Рожистое воспаление
	Б) Целлюлит
	В) Узловатая эритема
	Г) Тромбофлебит поверхностных вен
	Д) Липодерматосклероз
222.	Женщина 25 лет обратилась с жалобами на ломкость и секущиеся концы волос. При трихоскопии стержни волос имеют вид «раздвоенной метлы» или «бамбука» с узелковыми утолщениями, где волос легко обламывается. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Монилетрикс
	Б) Узелковая трихоклазия

	В) Псевдопелада Брока
	Г) Трихонодоз
	Д) Синдром нечесанных волос
223.	Мужчина 30 лет обратился с жалобами на очаговое выпадение волос на волосистой части головы. Объективно: определяются множественные мелкие очаги облысения, создающие впечатление, что волосы «изъедены молью». В анамнезе – нелеченый сифилис. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Очаговая алопеция
	Б) Себорейная алопеция
	В) Сифилитическая алопеция
	Г) Трихофития
	Д) Рубцовая алопеция
224.	Женщина 29 лет на 36-й неделе беременности госпитализирована с зудящими уртикарными высыпаниями на коже живота в области стрий. Для дифференциальной диагностики с пемфигоидом беременных какое исследование является наиболее информативным?
	А) Определение уровня IgE в сыворотке крови
	Б) ПЦР-исследование содержимого везикул
	В) Бактериологический посев отделяемого
	Г) Определение уровня желчных кислот
	Д) Прямая иммунофлюоресценция биоптата интактной кожи
226.	Мужчина 42 лет госпитализирован в дерматовенерологическое отделение с жалобами на головную боль, головокружение, снижение слуха на правое ухо, двоение в глазах, шаткость походки. В анамнезе — первичный сифилис 3 года назад, лечение бензатина бензилпенициллином 2,4 млн ЕД однократно. Объективно: анизокория, нистагм, асимметрия рефлексов, симптом Аргайлла Робертсона (зрачок не реагирует на свет, но реагирует на конвергенцию). В ликворе — плеоцитоз 85 клеток/мкл (лимфоцитарный), белок 0,8 г/л, RPR положительный, РПГА (+++). Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Поздний скрытый сифилис
	Б) Менингovasкулярный нейросифилис
	В) Мезенхимный нейросифилис
	Г) Спинная сухотка
	Д) Прогрессивный паралич
227.	Мужчина 58 лет госпитализирован с жалобами на «простреливающие» боли в нижних конечностях, нарушение походки, недержание мочи. В анамнезе — нелеченый сифилис в молодости. Объективно: атаксия, отсутствие коленных и ахилловых рефлексов, нарушение глубокой чувствительности (поздно-суставного чувства), симптом Ромберга положительный, зрачки узкие, реакция на свет отсутствует. При РПГА крови (+++), RPR 1:8. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Менингovasкулярный нейросифилис
	Б) Прогрессивный паралич
	В) Спинная сухотка
	Г) Сифилитический менингит

	Д) Висцеральный сифилис
228.	Женщина 35 лет госпитализирована с жалобами на изменение личности, снижение памяти, эйфорию, тремор рук. В анамнезе — нелеченый сифилис 15 лет назад. Объективно: деменция, эйфория, бред величия, интенционный тремор, анизокория, дизартрия. При исследовании ликвора — плеоцитоз, белок повышен, RPR положительный. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Спинная сухотка
	Б) Менингovasкулярный нейросифилис
	В) Прогрессивный паралич
	Г) Сифилитический менингит
	Д) Поздний скрытый сифилис
229.	Мужчина 45 лет госпитализирован с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожи, слабость. В анамнезе — вторичный сифилис 5 лет назад, лечение коротким курсом пенициллина. Объективно: гепатомегалия, иктеричность склер, лимфаденопатия. При биохимическом анализе крови — повышение АЛТ, АСТ, билирубина, щелочной фосфатазы. При УЗИ печени — диффузные изменения, очаговые образования. При биопсии печени — гранулематозное воспаление с гигантскими клетками, положительные серологические реакции на сифилис. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вирусный гепатит
	Б) Цирроз печени
	В) Сифилитический гепатит
	Г) Холангит
	Д) Туберкулёз печени
230.	Мужчина 52 лет госпитализирован с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту, потерю массы тела. В анамнезе — нелеченый сифилис 10 лет назад. Объективно: болезненность в эпигастрии, истощение. При ФГДС — язва большой кривизны желудка с плотными краями, при биопсии — гранулематозное воспаление, плазматические клетки, положительные серологические реакции. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Язвенная болезнь желудка
	Б) Рак желудка
	В) Висцеральный сифилис
	Г) Синдром Золлингера-Эллисона
	Д) Болезнь Крона
231.	Новорождённый мальчик 3 дней жизни переведён из родильного отделения в отделение патологии новорожденных высыпаниями на коже, насморком, беспокойством. Мать — с нелеченым сифилисом. Объективно: на коже ладоней и подошв — пузыри с серозно-геморрагическим содержимым, диффузная инфильтрация кожи («старческое лицо»), гепатоспленомегалия, остеохондрит. RPR в сыворотке крови новорожденного в 4 раза выше, чем у матери. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Пузырчатка новорожденных
	Б) Врождённая краснуха

	В) Ранний врождённый сифилис
	Г) Токсоплазмоз врождённый
	Д) Цитомегаловирусная инфекция
232.	Новорождённая девочка 7 дней жизни госпитализирована с сыпью на коже, насморком, поражением костей. В анамнезе — мать с нелеченым сифилисом. Объективно: на коже туловища, конечностей — папулёзные высыпания медно-красного цвета, периоральный дерматит, остеохондрит, периостит. При рентгенографии трубчатых костей — деструкция метафизов, периостит. RPR положительный, РПГА (+++). Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Ранний врождённый сифилис
	Б) Поздний врождённый сифилис
	В) Врождённый туберкулёз
	Г) Врождённый сифилис скрытый
	Д) Врождённая краснуха
233.	Женщина 22 года жалуется на появление множественных мелких (1–3 мм) зудящих волдырей с широким эритематозным венчиком сразу после физической нагрузки или горячего душа. Симптомы проходят в течение часа. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Холодовая крапивница
	Б) Холинергическая крапивница
	В) Солнечная крапивница
	Г) Аквагенная крапивница
	Д) Дерматографизм
	Д) Бензиловый спирт
234.	Пациент 35 лет с нейросифилисом (менингovasкулярная форма) госпитализирован в стационар. Объективно: головная боль, головокружение, менингеальные знаки, асимметрия рефлексов, плеоцитоз в ликворе (50 клеток/мкл), положительная РПГА в ликворе. Какой препарат является средством выбора для лечения?
	А) Бензатина бензилпенициллин 2,4 млн ЕД в/м однократно
	Б) Водорастворимый пенициллин G 18–24 млн ЕД/сут в/в в течение 10–14 дней
	В) Цефтриаксон 1 г в/м 1 раз в сутки 10 дней
	Г) Доксциклин 100 мг 2 раза в сутки 28 дней
	Д) Азитромицин 1 г внутрь однократно
235.	У пациента 40 лет с нейросифилисом на фоне терапии водорастворимым пенициллином G на 2-е сутки появились высокая лихорадка до 39,5°C, озноб, усиление головной боли, миалгии, тахикардия. Какое осложнение наиболее вероятно и какова тактика?
	А) Анафилактический шок — отмена пенициллина
	Б) Реакция Яриша-Герксгеймера — симптоматическая терапия, продолжение антибактериальной терапии
	В) Сепсис — усиление антибактериальной терапии
	Г) Менингоэнцефалит — переход на цефтриаксон
	Д) Токсический гепатит — отмена пенициллина

236.	Пациент 50 лет с поздним сифилисом (бугорковый сифилид кожи лица) получает терапию. Какой критерий является наиболее надёжным для оценки эффективности лечения?
	А) Снижение титра RPR в 4 раза и более в течение 12–24 месяцев
	Б) Исчезновение клинических проявлений
	В) Отрицательная РПГА
	Г) Нормализация СОЭ
	Д) Исчезновение лимфаденопатии
237.	У пациентки 28 лет через 12 месяцев после лечения раннего сифилиса RPR остается положительным в титре 1:4, РПГА (+++), РИФ (+++). Клинических проявлений нет. Ликвор — без патологии. Как интерпретировать ситуацию?
	А) Реинфекция сифилисом
	Б) Серорезистентность — показано дополнительное обследование
	В) Биологическая ложноположительная реакция
	Г) Ошибка лабораторного этапа
	Д) Положительный серологический рубец
238.	Пациент 35 лет с серорезистентностью после лечения сифилиса госпитализирован для дополнительного обследования. Какой метод исследования является обязательным для исключения нейросифилиса?
	А) МРТ головного мозга
	Б) Люмбальная пункция с исследованием ликвора
	В) ЭЭГ
	Г) УЗИ сосудов шеи
	Д) КТ органов грудной клетки
239.	Мужчина 48 лет госпитализирован с жалобами на снижение зрения, двоение в глазах, головную боль. В анамнезе — вторичный сифилис 2 года назад, лечение бензатина бензилпенициллином. Объективно: снижение остроты зрения, отёк диска зрительного нерва, хориоретинит. При исследовании ликвора — плеоцитоз, белок повышен, RPR положительный. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Менингovasкулярный нейросифилис
	Б) Спинная сухотка
	В) Окулярный сифилис
	Г) Прогрессивный паралич
	Д) Висцеральный сифилис
240.	Женщина 60 лет жалуется на сильный зуд в аногенитальной области. Объективно: кожа вульвы и перианальной области истончена, имеет вид «папиросной бумаги», с участками депигментации и сужением входа во влагалище. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Красный плоский лишай
	Б) Псориаз
	В) Склероатрофический лихен
	Г) Кандидоз
	Д) Экзема

241.	Новорожденный от матери с нелеченым сифилисом госпитализирован в отделение патологии новорожденных. Объективно: на 3-и сутки жизни появились пузыри с серозно-геморрагическим содержимым на ладонях и подошвах, диффузная инфильтрация кожи, «старческое лицо», гепатоспленомегалия. RPR в сыворотке крови новорожденного в 4 раза выше, чем у матери. Какой препарат является средством выбора для лечения?
	А) Бензатина бензилпенициллин 50 000 ЕД/кг в/м однократно
	Б) Водорастворимый пенициллин G 100 000–150 000 ЕД/кг/сут в/в в течение 10 дней
	В) Цефтриаксон 50 мг/кг/сут в/в 10 дней
	Г) Азитромицин 20 мг/кг однократно
	Д) Эритромицин 20 мг/кг/сут 14 дней
242.	Мужчина 55 лет госпитализирован с жалобами на одышку, кашель, боли в грудной клетке. В анамнезе — нелеченый сифилис 15 лет назад. Объективно: ослабление дыхания справа, притупление перкуторного звука. При рентгенографии органов грудной клетки — очаговые инфильтраты в лёгких. При биопсии лёгкого — гранулематозное воспаление, положительные серологические реакции. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Туберкулёз лёгких
	Б) Рак лёгкого
	В) Сифилитическая пневмония
	Г) Саркоидоз
	Д) Пневмония
243.	Мужчина 60 лет госпитализирован с жалобами на боли в грудной клетке, одышку, кашель. В анамнезе — нелеченый сифилис 20 лет назад. Объективно: ослабление дыхания, систолический шум над аортой. При рентгенографии органов грудной клетки — расширение тени средостения, кальциноз аорты. При УЗИ сердца — аневризма восходящей аорты, недостаточность аортального клапана. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Атеросклероз аорты
	Б) Туберкулёз
	В) Сердечно-сосудистый сифилис
	Г) Болезнь Марфана
	Д) Синдром Элерса-Данлоса
244.	У женщины 28 лет на 12-й неделе беременности при осмотре обнаружена эрозия на шейке матки. Объективно: эрозия 1,5 см с плотным инфильтратом в основании, безболезненная. RPR положительный (1:16), РПГА (+++), ИФА anti-T. pallidum IgM положительные. Какова тактика ведения беременности?
	А) Немедленное начало специфической терапии пенициллином, совместное ведение с акушером-гинекологом, мониторинг состояния плода
	Б) Прерывание беременности
	В) Наблюдение без лечения до родов
	Г) Лечение после родов
	Д) Кесарево сечение в экстренном порядке
245.	Пациент 45 лет с поздним скрытым сифилисом госпитализирован для лечения. Какой режим терапии является стандартом согласно клиническим рекомендациям?

	А) Бензатина бензилпенициллин 2,4 млн ЕД в/м однократно
	Б) Бензатина бензилпенициллин 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в неделю в течение 3 недель
	В) Водорастворимый пенициллин G 18–24 млн ЕД/сут в/в в течение 10–14 дней
	Г) Цефтриаксон 1 г в/м 1 раз в сутки 10 дней
	Д) Доксциклин 100 мг 2 раза в сутки 28 дней
246.	Мужчина 50 лет госпитализирован с жалобами на безболезненное изъязвление на коже голени, существующее около 6 месяцев. В анамнезе — нелеченый сифилис 15 лет назад. Объективно: язва 3×4 см с плотными краями, серозно-гнойным дном, безболезненная. При гистологии — гранулематозное воспаление с гигантскими клетками, плазматическими клетками, RPR 1:8, РПГА (+++). Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Трофическая язва
	Б) Плоскоклеточный рак
	В) Третичный сифилис
	Г) Туберкулёз кожи
	Д) Саркоидоз
247.	Женщина 35 лет госпитализирована с жалобами на высыпания на коже туловища, ладонях, подошвах, выпадение волос. Объективно: розовато-красные папулы с шелушением, алопеция («изъеденность молю»), RPR 1:128, РПГА (+++), ИФА anti-T. pallidum IgM положительные. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Псориаз
	Б) Красный плоский лишай
	В) Вторичный сифилис
	Г) Розовый лишай Жибера
	Д) Отрубевидный лишай
248.	Мужчина 42 лет обратился к врачу с жалобами на появление плотного безболезненного инфильтрата на коже носа, изъязвление с образованием «седловидной» деформации. В анамнезе — нелеченый сифилис 10 лет назад. Объективно: перфорация носовой перегородки, «седловидная» деформация носа, RPR 1:16, РПГА (+++). Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера)
	Б) Саркоидоз
	В) Третичный сифилис
	Г) Туберкулёз носа
	Д) Лепра
249.	Пациент 38 лет с ВИЧ-инфекцией (CD4 250 кл/мл) и сифилисом (вторичный период) госпитализирован для лечения. Какой режим лечения сифилиса является наиболее обоснованным с учётом сочетанной патологии?
	А) Бензатина бензилпенициллин 2,4 млн ЕД в/м однократно
	Б) Бензатина бензилпенициллин 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в неделю в течение 3 недель, мониторинг серологических реакций каждые 3 месяца
	В) Водорастворимый пенициллин G 18–24 млн ЕД/сут в/в в течение 10–14 дней
	Г) Цефтриаксон 1 г в/м 1 раз в сутки 10 дней
	Д) Доксциклин 100 мг 2 раза в сутки 28 дней

250.	Пациент 50 лет с поздним сифилисом (гумма кожи) получает терапию. Каков порядок диспансерного наблюдения после окончания лечения?
	А) Снятие с учёта сразу после окончания лечения
	Б) Диспансерное наблюдение в течение 3 лет с серологическим контролем каждые 3 месяца в первый год, далее каждые 6 месяцев
	В) Наблюдение в течение 1 года
	Г) Наблюдение в течение 6 месяцев
	Д) Наблюдение не требуется
251.	Мужчина 45 лет госпитализирован с жалобами на появление болезненных эрозий в полости рта, вялые пузыри на коже туловища. В анамнезе — сифилис 5 лет назад, лечение бензатина бензилпенициллином. Объективно: на слизистой щёк, дёсен — обширные эрозии, на коже туловища — вялые пузыри, симптом Никольского положительный. При ПИФ — межклеточное отложение IgG и C3 в эпидермисе, дополнительно линейное отложение IgG по базальной мембране. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вульгарная пузырчатка
	Б) Паранеопластическая пузырчатка на фоне сифилиса
	В) Буллёзный пемфигOID
	Г) Болезнь Хейли-Хейли
	Д) Герпетиформный дерматит Дюринга
252.	Мужчина 45 лет с ВИЧ-инфекцией (стадия 4Б, CD4 120 кл/мл) госпитализирован в дерматологическое отделение с жалобами на появление на коже туловища, лица, неба багрово-синюшных пятен и узлов. Объективно: множественные асимметричные пятна, бляшки и узлы от розового до тёмно-фиолетового цвета, при диаскопии окраска не исчезает. При гистологическом исследовании биоптата кожи — веретенообразные клетки, щелевидные сосуды, экстравазация эритроцитов, при иммуногистохимии — LANA-1 положительный. Какой возбудитель ассоциирован с данным заболеванием?
	А) Вирус Эпштейна-Барр
	Б) Герпесвирус человека 8 типа (HHV-8, KSHV)
	В) Вирус папилломы человека
	Г) Цитомегаловирус
	Д) Вирус простого герпеса 1 типа
253.	Мужчина 35 лет с ВИЧ-инфекцией (CD4 80 кл/мл) госпитализирован с жалобами на множественные зудящие фолликулярные папулы на коже лица, груди, спины, существующие около 3 месяцев. Объективно: фолликулярные папулы 2–5 мм с пупкообразным вдавлением, экскориации. При гистологическом исследовании биоптата кожи — эозинофильный инфильтрат в области волосяных фолликулов, абсцессы. Какой наиболее вероятный диагноз и какова тактика ведения?
	А) Бактериальный фолликулит — антибактериальная терапия
	Б) Эозинофильный фолликулит — антиретровирусная терапия, топические ГКС, антигистаминные
	В) Чесотка — перметрин 5%
	Г) Контагиозный моллюск — удаление элементов
	Д) Розацеа — метронидазол местно

254.	Мужчина 40 лет с ВИЧ-инфекцией (CD4 50 кл/мл) госпитализирован с жалобами на появление на коже лица, шеи, туловища множественных плотных папул телесного цвета с пупкообразным вдавлением, некоторые из них достигают 1–2 см. При дерматоскопии — центральная белая бесструктурная зона с периферическими коронарными сосудами. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Генерализованная форма контагиозного моллюска
	Б) Плоские бородавки
	В) Базальноклеточный рак
	Г) Кератоакантома
	Д) Милиумы
255.	Мужчина 50 лет с ВИЧ-инфекцией (CD4 200 кл/мл) госпитализирован с жалобами на распространённые шелушащиеся эритематозные бляшки на коже лица, волосистой части головы, груди, спины. Объективно: бляшки с жирными желтоватыми чешуйками, выраженный зуд. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Псориаз
	Б) Тяжёлый себорейный дерматит
	В) Атопический дерматит
	Г) Красный плоский лишай
	Д) Розовый лишай Жибера
256.	Мужчина 45 лет с ВИЧ-инфекцией (CD4 180 кл/мл) госпитализирован с жалобами на распространённые эритематозно-шелушащиеся бляшки на коже туловища, конечностей, напоминающие псориаз, но с атипичными проявлениями: поражение ладоней и подошв, выраженный зуд, резистентность к стандартной терапии. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Псориаз вульгарный
	Б) ВИЧ-ассоциированный псориаз
	В) Грибовидный микоз
	Г) Вторичный сифилис
	Д) Красный плоский лишай
257.	Мужчина 50 лет с хроническим алкоголизмом госпитализирован с диареей, когнитивными нарушениями и симметричной эритемой на шее, четко ограниченной и покрытой чешуйками. Как называется этот классический дерматологический признак, характерный для пеллагры?
	А) Ожерелье Касаля
	Б) Симптом Бабинского
	В) Симптом Хатчинсона
	Г) Симптом Филатова
	Д) Симптом Ауспитца
258.	Мужчина 55 лет с ВИЧ-инфекцией (CD4 60 кл/мл) госпитализирован с жалобами на распространённые зудящие высыпания на коже туловища и конечностей. Объективно: множественные папулы, везикулы, геморрагические корочки, эскориации,

	лихенификация. При микроскопии соскоба с кожи выявлено обилие клещей. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Чесотка чистоплотных
	Б) Педикулёз
	В) Норвежская чесотка
	Г) Строфулюс
	Д) Почёсуха
259.	Мужчина 42 лет с ВИЧ-инфекцией (CD4 100 кл/мл) госпитализирован с жалобами на распространённое поражение кожи и слизистых. Объективно: на коже туловища, конечностей, слизистых полости рта и пищевода — творожистые налёты, эрозии, мацерация. При микроскопии — псевдомицелий и бластоконидии. Какой препарат является средством выбора для терапии в стационаре?
	А) Нистатин
	Б) Флуконазол
	В) Гризеофульвин
	Г) Тербинафин
	Д) Амфотерицин В
260.	Мужчина 48 лет с ВИЧ-инфекцией (CD4 40 кл/мл) госпитализирован с жалобами на множественные плотные папулы и узлы на коже лица, шеи, туловища. Объективно: на коже лица, шеи, туловища множественные плотные папулы телесного цвета 0,5–2 см с пупкообразным вдавлением в центре, некоторые элементы достигают 2–3 см в диаметре. При дерматоскопии — центральная белая бесструктурная зона с периферическими коронарными сосудами. При цитологическом исследовании отделяемого элемента — тельца Гендерсона-Патерсона. Какой возбудитель является этиологическим фактором данного заболевания?
	А) Вирус простого герпеса 1 типа
	Б) Вирус папилломы человека
	В) Поксвирус
	Г) Бледная трепонема
	Д) Палочка Дюкрея
261.	Женщина 45 лет обратилась с жалобами на появление серо-синей пигментации на коже лица. Из анамнеза известно, что она в течение 2 лет принимала миноциклин по поводу розацеа. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Мелазма
	Б) Болезнь Аддисона
	В) Экзогенный охроноз
	Г) Посттравматическая гиперпигментация
	Д) Гемохроматоз
262.	Женщина 55 лет обратилась с жалобами на появление пузырей на коже кистей и предплечий после незначительной травмы. Пузыри заживают с образованием рубцов и милиумов. При прямой иммунофлюоресценции выявлено отложение IgG по базальной мембране, а при ИФА – антитела к коллагену VII типа. Какого происхождения это заболевание?

	А) Генетическое
	Б) Аутоиммунное
	В) Инфекционное
	Г) Лекарственное
	Д) Паранеопластическое
263.	Женщина 42 лет госпитализирована с синдромом Стивенса-Джонсона (поражение кожи 8%, выраженные эрозии на слизистой полости рта, гениталиях и конъюнктиве обоих глаз). В процессе стационарного лечения офтальмолог выявил симблефарон (спайку конъюнктивы века с глазным яблоком). Какой метод профилактики и лечения данного осложнения является наиболее обоснованным в остром периоде?
	А) Хирургическое рассечение спаек в остром периоде
	Б) Назначение топических глюкокортикостероидов в виде капель
	В) Применение системных антибиотиков
	Г) Закладывание мазевых форм антибиотиков/кортикостероидов за веки
	Д) Наложение окклюзионной повязки на оба глаза
265.	Мужчина 35 лет, работник химического завода, обратился с жалобами на множественные комедоны и кисты на коже лица, шеи и верхней части туловища. Из анамнеза известно о длительном контакте с хлорированными углеводородами (диоксинами). Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Вульгарные угри
	Б) Розацеа
	В) Хлоракне
	Г) Пиодермия
	Д) Контактный дерматит
265.	Пациент 28 лет с наследственным ангиоотечком (дефицит C1-ингибитора) поступил в стационар с нарастающим отеком гортани и признаками дыхательной недостаточности. Антигистаминные препараты и глюкокортикостероиды, введенные бригадой скорой помощи, эффекта не дали. Какой препарат является средством патогенетической терапии первой линии в данном случае?
	А) Адреналин в/в капельно
	Б) Плазмаферез
	В) Внутривенное введение иммуноглобулина человека
	Г) Ингаляция сальбутамола
	Д) Концентрат C1-ингибитора человека
266.	Мужчина 65 лет с псориатической эритродермией поступил в отделение с температурой тела 34,5°C, ознобом, АД 95/60 мм рт.ст. Кожа диффузно гиперемирована, мелкопластинчато шелушится. В биохимическом анализе крови — альбумин 24 г/л. Какой патогенетический механизм лежит в основе гипотермии и гемодинамических нарушений у данного пациента?
	А) Центральная терморегуляторная дисфункция из-за интоксикации
	Б) Почечная потеря белка и вторичная надпочечниковая недостаточность
	В) Снижение продукции тепла из-за гипотиреоза
	Г) Критическая трансэпидермальная потеря тепла, жидкости и белка

	Д) Побочное действие ранее принимаемых системных глюкокортикостероидов
267.	Женщина 55 лет на 5-е сутки приема амоксициллина клавуланата отмечает резкое повышение температуры до 39,5°C и появление на коже туловища и в складках множественных мелких стерильных пустул на эритематозном фоне. При гистологии — субкорнеальные пустулы с нейтрофилами, отек сосочкового слоя дермы. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Генерализованный пустулезный псориаз
	Б) Острый генерализованный экзантематозный пустулез
	В) Синдром Стивенса-Джонсона
	Г) Субкорнеальный пустулезный дерматит Снеддона-Уилкинсона
	Д) Герпетиформное импетиго
268.	Мужчина 40 лет обратился с жалобами на безболезненную, медленно растущую язву в области половых губ. Объективно: язва мясисто-красного цвета, с легким кровотечением при прикосновении, без регионарной лимфаденопатии. При микроскопии мазка-отпечатка из края язвы выявлены внутриклеточные тельца Донована. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Твердый шанкр
	Б) Мягкий шанкр
	В) Донованоз
	Г) Сифилитическая гумма
	Д) Плоскоклеточный рак
269.	В отделение реанимации доставлен взрослый мужчина 45 лет с распространенной эритемой, болезненностью кожи и отслойкой эпидермиса по типу «ошпаренной кожи» (положительный симптом Никольского). Слизистые оболочки не поражены. В анамнезе — хроническая почечная недостаточность. Из крови высеян <i>Staphylococcus aureus</i> . Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Синдром Лайелла
	Б) Буллезный пемфигOID
	В) Ожог I-II степени
	Г) Стафилококковый синдром ошпаренной кожи
	Д) Вирусная пузырчатка
270.	Мужчина 48 лет с тяжелым вульгарным псориазом (PASI 28) и сопутствующим неалкогольным стеатогепатитом (НАГ) направлен на подбор системной терапии. Лабораторно: АЛТ 95 Ед/л, АСТ 80 Ед/л, УЗИ печени — стеатоз 3 степени. Какой препарат системной терапии псориаза является наиболее безопасным и предпочтительным в данной коморбидной ситуации?
	А) Метотрексат
	Б) Ацитретин
	В) Циклоспорин А
	Г) Секукинумаб
	Д) Лейфлуномид

270.	Турист 30 лет вернулся из поездки на тропический пляж и обратился с жалобами на интенсивный зуд и извитую, возвышающуюся над кожей эритематозную полосу на стопе, которая ежедневно удлиняется на несколько миллиметров. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Кожный лейшманиоз
	Б) Мигрирующий кожный личиночный синдром
	В) Споротрихоз
	Г) Микоз гладкой кожи
	Д) Контактный дерматит
272.	Мужчина 55 лет с вульгарной пузырчаткой получает преднизолон 60 мг/сут в течение 4 месяцев. У пациента развился стероидный сахарный диабет (гликемия натощак до 14 ммоль/л), который плохо корригируется инсулинотерапией. Какой препарат из группы генно-инженерных биологических препаратов или цитостатиков является наиболее обоснованным выбором для снижения дозы ГКС в данном случае?
	А) Инфликсимаб
	Б) Адалимумаб
	В) Секукинумаб
	Г) Дупилумаб
	Д) Ритуксимаб
273.	Женщина 25 лет с тяжелым атопическим дерматитом (SCORAD 65) и сопутствующей тяжелой бронхиальной астмой, зависящей от системных ГКС, направлена на подбор биологической терапии. Какой препарат обладает доказанной эффективностью одновременно для лечения тяжелого атопического дерматита и стероид-зависимой бронхиальной астмы?
	А) Омализумаб
	Б) Дупилумаб
	В) Меполизумаб
	Г) Бенрализумаб
	Д) Тефелизумаб
274.	Подросток 15 лет обратился с жалобами на обильное шелушение кожи волосистой части головы. Объективно: на коже темени и затылка определяются массивные, плотно прилегающие, серовато-белые чешуйки, напоминающие асбест, которые прочно склеивают волосы у корней. Воспалительная реакция кожи минимальна. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Себорейный дерматит
	Б) Псориаз волосистой части головы
	В) Асбестовидный лишай
	Г) Микроспория
	Д) Фавус
275.	Пациент 40 лет с псориазом и сопутствующей болезнью Крона (в стадии обострения, кровавая диарея) нуждается в системной терапии. Какой препарат биологической терапии является наиболее предпочтительным, так как обладает доказанной эффективностью при обоих заболеваниях?

	А) Секукинумаб (анти-IL-17A)
	Б) Иксекизумаб (анти-IL-17A)
	В) Бродатумаб (анти-IL-17A)
	Г) Адалимумаб (анти-ФНО-α)
	Д) Гуселкумаб (анти-IL-23)
276.	Женщина 68 лет госпитализирована с опоясывающим лишаем в области первой ветви тройничного нерва. При осмотре выявлены герпетиформные высыпания на коже кончика и боковой поверхности носа. Наличие этого признака указывает на высокий риск поражения глаз. Как называется этот клинический симптом?
	А) Симптом Кебнера
	Б) Симптом Филатова
	В) Симптом Хатчинсона
	Г) Симптом Олдрича
	Д) Симптом Дарье
277.	Мужчина 50 лет обратился с жалобами на прогрессирующее поредение волос на макушке с образованием участков рубцовой алопеции. Объективно: на коже волосистой части головы определяются фолликулярные пустулы, корки и характерные «пучки» волос, выходящие из одного фолликулярного отверстия. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Дискоидная красная волчанка
	Б) Декальвирующий фолликулит
	В) Фронтальная фиброзирующая алопеция
	Г) Псориаз волосистой части головы
	Д) Фолликулит Гоффмана
278.	Мужчина 72 года с впервые выявленным буллезным пемфигоидом. При сборе анамнеза и 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
279.	Женщина 35 лет с розацеа (папуло-пустулезная форма) и сопутствующей диспепсией. При ФГДС и дыхательном тесте выявлена инфекция <i>Helicobacter pylori</i> . Какое влияние оказывает эрадикация <i>H. pylori</i> на течение розацеа?
	А) Ухудшает течение розацеа из-за дисбактериоза
	Б) Не влияет на кожные проявления
	В) Способствует стойкой ремиссии папуло-пустулезных элементов
	Г) Вызывает трансформацию в системную красную волчанку
	Д) Приводит к развитию стероидной розацеа
280.	Мужчина 45 лет отмечает появление поперечных борозд на всех ногтевых пластинках кистей. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад он перенес тяжелое инфекционное

	заболевание с высокой лихорадкой. Какой термин наиболее точно описывает этот признак?
	А) Линии Мюрке
	Б) Линии Меса
	В) Линии Бо
	Г) Онихомадезис
	Д) Койлонихия
281.	Женщина 38 лет с псориатическим артритом направлена на МСЭ. Объективно: деформация суставов кистей по типу «операционной петли», ограничение амплитуды движений в коленных и тазобедренных суставах, неспособность выполнять профессиональные обязанности (работает хирургической медсестрой). Какой критерий является основным для установления группы инвалидности?
	А) Наличие псориатических бляшек на коже
	Б) Повышение уровня С-реактивного белка
	В) Частота обострений псориаза
	Г) Стойкое выраженное нарушение функций опорно-двигательного аппарата
	Д) Неэффективность терапии НПВС
282.	Мужчина 52 лет с вульгарной пузырчаткой находится на МСЭ. Заболевание длится 8 лет, частые рецидивы, пациент вынужден постоянно принимать преднизолон в дозе 30 мг/сут, развился тяжелый остеопороз, стероидный диабет, катаракта. Какое решение наиболее вероятно примет комиссия МСЭ?
	А) Признание трудоспособным с рекомендацией смены работы
	Б) Установление инвалидности только на 6 месяцев
	В) Установление стойкой утраты трудоспособности (инвалидности) с учетом тяжелых осложнений длительной системной ГКС-терапии и частых рецидивов
	Г) Рекомендация о санаторно-курортном лечении без установления инвалидности
	Д) Направление на повторное обследование в онкологический диспансер
283.	Женщина 32 года обратилась с жалобами на диффузное выпадение волос по всей поверхности волосистой части головы. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад она перенесла тяжелую пневмонию с высокой лихорадкой и находилась в стационаре. Тест на вытягивание волос (pull-тест) слабоположительный. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Очаговая алопеция
	Б) Андрогенетическая алопеция
	В) Телогеновая алопеция
	Г) Рубцовая алопеция
	Д) Трихотилломания
284.	Мужчина 40 лет после хирургического лечения меланомы кожи спины (стадия IIВ, толщина 3,2 мм) через 3 месяца обращается к дерматовенерологу для решения вопроса о дальнейшей трудовой деятельности. Работает сварщиком на открытом воздухе (воздействие УФ, высокие температуры, травматизм). Какова тактика врача?
	А) Допуск к работе без ограничений
	Б) Рекомендация использовать только солнцезащитный крем
	В) Направление на МСЭ для решения вопроса о переводе на легкий труд

	Г) Запрет на любую трудовую деятельность пожизненно
	Д) Направление на химиопрофилактику
285.	Мужчина 28 лет обратился с жалобами на безболезненную язву на половом члене, которая появилась 3 недели назад и самостоятельно зажила. Сейчас отмечает увеличение и болезненность паховых лимфоузлов с одной стороны, над ними кожа гиперемирована, при пальпации определяется симптом «борозды». Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Сифилитический шанкр
	Б) Мягкий шанкр
	В) Лимфогранулема венерическая
	Г) Паховая гранулема
	Д) Генитальный герпес
286.	Девочка 8 лет наблюдается с множественными пятнами цвета «кофе с молоком» на коже туловища, фиброзными дисплазиями костей, преждевременным половым созреванием. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Нейрофиброматоз I типа
	Б) Синдром Мак-Кьюна-Олбрайта
	В) Туберозный склероз
	Г) Синдром Ротмунда-Томсона
	Д) Синдром Блума
287.	Ребенок 5 лет наблюдается с рождения с фоточувствительностью, телеангиэктазиями на лице, гипопигментацией и гиперпигментацией кожи, предрасположенностью к кожным инфекциям. В анамнезе — частые эпизоды лихорадки неясного генеза. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Пигментная ксеродерма
	Б) Синдром Ротмунда-Томсона
	В) Синдром Блума
	Г) Атаксия-телеангиэктазия
	Д) Синдром Кокейна
288.	Мужчина 68 лет госпитализирован с жалобами на внезапное появление множественных себорейных кератом на коже туловища и конечностей, сопровождающееся сильным зудом. В анамнезе — потеря веса 10 кг за 2 месяца. О каком паранеопластическом синдроме это свидетельствует и какой поиск необходим?
	А) Синдром Базекса — поиск рака гортани
	Б) Синдром Лезера-Трела — поиск аденокарциномы ЖКТ
	В) Акантоз нигриканс — поиск рака желудка
	Г) Эритема Гижера — поиск лимфомы
	Д) Некролитическая мигрирующая эритема — поиск глюкагономы
289.	Ребенок 6 лет доставлен в стационар с диффузным гиперкератозом ладоней и подошв и тяжелым пародонтизмом с ранней потерей молочных зубов. У отца — аналогичные проявления. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Кератодермия Тост-Унны
	Б) Кератодермия Фукса

	В) Синдром Папийона-Лефевра
	Г) Синдром Васье-Манфреди
	Д) Акантозис нигриканс
290.	Женщина 35 лет госпитализирована с приступами резкой боли в животе, рвотой, тахикардией, артериальной гипертензией. Кожных проявлений нет. В анамнезе — подобные приступы после приема барбитуратов, алкоголя, голодания. В моче во время приступа — повышение дельта-аминолевулиновой кислоты и порфобилиногена. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Порфирия кожи поздняя
	Б) Острая перемежающаяся порфирия
	В) Вариегатная порфирия
	Г) Наследственная копропорфирия
	Д) Эритропоэтическая протопорфирия
291.	Женщина 58 лет с паранеопластической пузырчаткой. При обследовании выявлена лимфоцитарная лимфома. Какой клинический признак паранеопластической пузырчатки отличает ее от вульгарной и является наиболее тяжелым, определяющим прогноз?
	А) Наличие акантолиза в гистологии
	Б) Положительный симптом Никольского
	В) Тяжелое, резистентное к терапии поражение слизистой полости рта
	Г) Линейное отложение IgG по базальной мембране
	Д) Связь с приемом лекарственных препаратов
292.	Мужчина 60 лет с многолетним стажем курения госпитализирован с жалобами на появление на коже туловища быстро распространяющихся кольцевидных эритематозных полос, образующих узор, напоминающий «годовые кольца на срезе дерева». Выявлена аденокарцинома легкого. Как называется этот паранеопластический дерматоз?
	А) Эритема Гижера
	Б) Синдром Базекса
	В) Акантоз нигриканс
	Г) Извивающаяся эритема
	Д) Некролитическая мигрирующая эритема
293.	Женщина 52 лет госпитализирована с некролитической мигрирующей эритемой (эритематозные бляшки с центральным некрозом и везикулами в области паха, ягодиц, периорально). В биохимическом анализе крови — гипергликемия, снижение уровня аминокислот. Опухоль какого органа наиболее вероятна?
	А) Щитовидная железа
	Б) Надпочечники
	В) Печень
	Г) Толстая кишка
	Д) Поджелудочная железа
294.	Мужчина 40 лет с герпетиформным дерматитом Дюринга, длительно не соблюдающим безглютеновую диету, госпитализирован с жалобами на боли в животе, потерю веса и лимфаденопатию. При колоноскопии выявлена язвенная опухоль тонкой кишки. С каким

	злокачественным заболеванием наиболее часто ассоциирована нелеченая глютенная энтеропатия?
	А) Т-клеточная лимфома тонкой кишки
	Б) Аденокарцинома толстой кишки
	В) Плоскоклеточный рак пищевода
	Г) Меланома
	Д) Гепатоцеллюлярная карцинома
295.	Ребенок 4 лет доставлен в стационар с жалобами на жжение, покраснение и отек кожи кистей и лица сразу после пребывания на солнце. Объективно: на коже лица, тыла кистей — отек, эритема, единичные пузыри. Рубцов и милиумов нет. В анализах крови — повышение протопорфирина в эритроцитах. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Порфирия кожи поздняя
	Б) X-сцепленный доминантный протопорфирия
	В) Эритропоэтическая протопорфирия
	Г) Пигментная ксеродерма
	Д) Фототоксическая реакция
296.	Мужчина 70 лет, фермер, обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на образование на коже носа. Объективно: на коже кончика носа — плотный узел 2×2,5 см с ороговением в центре, бугристой поверхностью, при пальпации болезненный, легко кровоточит при травме. Регионарные подчелюстные лимфоузлы увеличены, плотные. Образование существует около 1 года, быстро увеличилось в последние 2 месяца. При дерматоскопии — бесструктурные зоны, волосоподобные сосуды, белесоватые структуры. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Базальноклеточный рак кожи
	Б) Плоскоклеточный рак кожи
	В) Кератоакантома
	Г) Пигментный невус
	Д) Себорейный кератоз
297.	Мужчина 52 лет, злоупотребляющий алкоголем, с хроническим вирусным гепатитом С, обратился с жалобами на появление пузырей на тыле кистей после пребывания на солнце. Объективно: на коже тыла кистей, предплечий — вялые пузыри, эрозии, милиумы, гиперпигментация, гипертрихоз в височной области. В биохимическом анализе крови — повышение АЛТ, ферритина. В моче — повышение уропорфиринов. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Буллезный пемфигоид
	Б) Пигментная ксеродерма
	В) Порфирия кожи поздняя
	Г) Болезнь Гровера
	Д) Склероатрофический лишай
298.	Женщина 45 лет обратилась на прием к дерматовенерологу с жалобами на изменение пигментного образования на коже спины. Объективно: на коже спины — пигментное образование неправильной формы 8×6 мм, неравномерной коричневатой-черной окраски с участками серого, синего, красного цвета, с нечеткими зубчатыми границами,

	асимметричное. При дерматоскопии — атипичная пигментная сеть, голубовато-белая вуаль, атипичные сосуды, регрессивные структуры. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Диспластический невус
	Б) Пигментный базальноклеточный рак
	В) Меланома кожи
	Г) Голубой невус
	Д) Себорейный кератоз
299.	Ребенок 8 лет доставлен на прием с жалобами на шероховатость кожи. Объективно: на коже разгибательных поверхностей локтей, ягодиц и бедер определяются симметричные очаги размером 2–5 см, состоящие из множественных мелких фолликулярных роговых шипиков телесного цвета, сливающихся в бляшки. Воспалительный венчик отсутствует. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Фолликулярный кератоз
	Б) Шиповидный лишай
	В) Красный волосяной лишай
	Г) Ихтиоз вульгарный
	Д) Болезнь Дарье
300.	Мужчина 30 лет обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на множественные пигментные образования на коже туловища. Объективно: на коже туловища — более 15 невусов диаметром 6–12 мм, неправильной формы, с неравномерной пигментацией, нечеткими границами. В анамнезе — у отца меланома кожи. При дерматоскопии одного из невусов — ретикулярная структура с участками глобулярной структуры, без признаков атипичии. Какой наиболее вероятный диагноз?
	А) Меланома
	Б) Синдром диспластических невусов
	В) Голубые невусы
	Г) Пигментный базальноклеточный рак
	Д) Себорейный кератоз

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 псориазных 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. Инстиллярия 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

1. Организация оказания специализированной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в стационарных условиях.
2. Показания к госпитализации пациента с дерматологическим заболеванием в круглосуточный стационар.
3. Показания к лечению пациента дерматологического профиля в условиях дневного стационара.
4. Структура дерматовенерологического стационара и функции его подразделений.
5. Правила оформления медицинской документации в стационаре: история болезни, этапные и выписные эпикризы.
6. Принципы санитарно-противоэпидемического режима в дерматовенерологическом стационаре.
7. Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в профильном отделении.
8. Принципы междисциплинарного взаимодействия при ведении тяжелого дерматологического пациента.
9. Экспертиза временной нетрудоспособности у пациентов с тяжелыми дерматозами.
10. Показания к направлению пациента дерматовенерологического профиля на медико-социальную экспертизу.
11. Эритродермия как синдром: причины, клинические проявления, алгоритм диагностики.
12. Дифференциальная диагностика эритродермии различного генеза.
13. Принципы интенсивной терапии эритродермии в условиях стационара.
14. Генерализованный пустулезный псориаз: клиника, диагностика, лечение.
15. Псориазическая эритродермия: патогенез, клинические особенности, принципы терапии.
16. Болезнь Девержи тяжелого течения: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

17. Параспориоз: распространенные и генерализованные формы, подходы к ведению пациента.
18. Тяжелые формы красного плоского лишая: гиперкератотическая, буллезная, эрозивно-язвенная.
19. Современные подходы к системной терапии тяжелых форм псориаза.
20. Показания к применению генно-инженерной биологической терапии при псориазе.
21. Атопический дерматит тяжелого течения у взрослых: критерии тяжести, показания к стационарному лечению.
22. Тяжелые формы экземы: клиническая характеристика, осложнения, принципы лечения.
23. Многоформная экссудативная эритема: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
24. Синдром Стивенса–Джонсона: клинические критерии, диагностика, тактика ведения.
25. Токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла): клинические признаки, экстренная помощь.
26. Крапивница тяжелого течения и ангиоотек: диагностика, лечение, показания к госпитализации.
27. Диффузный кожный мастоцитоз: клинические формы, диагностика, ведение пациента.
28. Пчесуха тяжелого течения: клинические варианты, дифференциальная диагностика, лечение.
29. Простой и аллергический контактный дерматит тяжелого течения: особенности диагностики и терапии.
30. Алгоритм ведения пациента с подозрением на лекарственную токсидермию.
31. Истинная пузырчатка: патогенез, клиника, методы подтверждения диагноза.
32. Буллезный пемфигоид: клинические проявления, дифференциальная диагностика с пузырчаткой.
33. Герпетиформный дерматит Дюринга: клиника, связь с глютеновой энтеропатией, лечение.
34. IgA-зависимый линейный дерматоз: диагностика и принципы ведения.
35. Хроническая доброкачественная семейная пузырчатка Хейли–Хейли: клиника и терапия.
36. Иммунофлюоресцентные методы диагностики пузырных дерматозов.
37. Системная терапия аутоиммунных пузырных дерматозов: глюкокортикостероиды, цитостатики, биологические препараты.
38. Осложнения системной терапии при пузырных дерматозах и их профилактика.
39. Показания к госпитализации при пузырных дерматозах.
40. Принципы длительного диспансерного наблюдения пациентов с пузырчаткой.
41. Красная волчанка с кожными проявлениями: дискоидная, распространенная, системная форма.
42. Склеродермия: ограниченная и системная формы, стационарное ведение.
43. Дерматомиозит: кожные признаки, критерии диагноза, лечение.
44. Васкулиты, ограниченные кожей: клинические формы и тактика обследования.
45. Дифференциальная диагностика кожных и системных васкулитов.
46. Панникулиты и липодистрофии: клинические проявления, принципы ведения.
47. Склередема Бушке и склерема: клиническая характеристика.
48. Системные заболевания соединительной ткани с дерматологическими проявлениями: маршрутизация и междисциплинарное наблюдение.
49. Показания к госпитализации пациентов с коллагенозами.
50. Роль биопсии кожи в диагностике аутоиммунных и системных заболеваний.
51. Глубокие стафилодермии: фурункул, карбункул, гидраденит. Тактика лечения в стационаре.

52. Инфильтративно-нагноительная трихофития и микроспория: клиника, диагностика, лечение.
53. Хронические инфекции кожи: лепра. Классификация, клинические формы, диагностика.
54. Туберкулез кожи: клинические варианты и дифференциальная диагностика.
55. Глубокие микозы: общая характеристика, классификация.
56. Кокцидиоидомикоз, гистоплазмоз, бластомикоз: основные клинические проявления.
57. Подкожные микозы: споротрихоз, хромобластомикоз, мицетома.
58. Оппортунистические микозы: аспергиллез, криптококкоз, мукормикоз.
59. Псевдомикозы: эритразма, трихонокардиоз, актиномикоз, нокардиоз.
60. Лабораторная диагностика глубоких микозов и псевдомикозов.
61. Современная классификация сифилиса.
62. Клинические формы раннего сифилиса, требующие стационарного лечения.
63. Нейросифилис: клиника, лабораторная диагностика, лечение.
64. Висцеральный сифилис: поражение сердечно-сосудистой системы, внутренних органов.
65. Врожденный сифилис: ранние и поздние формы, диагностика и терапия.
66. Серорезистентность при сифилисе: определение, причины, тактика ведения.
67. Критерии излеченности сифилиса и снятия с диспансерного учета.
68. Осложненные формы сифилиса у беременных и профилактика врожденного сифилиса.
69. Организация борьбы с сифилисом и противоэпидемические мероприятия.
70. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших сифилис.
71. Поражения кожи при ВИЧ-инфекции: общая характеристика.
72. Кожные проявления ВИЧ-инфекции на разных стадиях заболевания.
73. ВИЧ-инфекция и оппортунистические микозы: клиническое значение.
74. Саркома Капоши: клиника, диагностика, ведение пациента.
75. Себорейный дерматит, эозинофильный фолликулит и другие маркеры ВИЧ-инфекции.
76. Организация диагностики ВИЧ-инфекции в дерматовенерологическом стационаре.
77. Профилактика профессионального заражения ВИЧ у медицинского персонала.
78. Вертикальная передача ВИЧ: профилактика и тактика ведения матери и ребенка.
79. Сочетанное течение ВИЧ-инфекции и сифилиса.
80. Междисциплинарное ведение пациента с ВИЧ-инфекцией и дерматологической патологией.
81. Генодерматозы с нарушением репарации ДНК: пигментная ксеродерма, синдром Ротмунда–Томсона.
82. Буллезный эпидермолиз: классификация, клинические формы, диагностика.
83. Наследственные дисхромии: альбинизм, гипомеланоз Ито, наследственные лентигонозы.
84. Факоматозы: нейрофиброматоз, туберозный склероз, синдром Стерджа–Вебера.
85. Болезни ороговения: ихтиозы, ладонно-подошвенные кератодермии, болезнь Дарье.
86. Эктодермальные дисплазии и заболевания соединительной ткани с кожными проявлениями.
87. Принципы диспансерного наблюдения и МСЭ у пациентов с тяжелыми генодерматозами.
88. Дифференциальная диагностика орофациальных гранулематозов.
89. Синдром Россолимо–Мелькерссона–Розенталя и хейлит Мишера.
90. Междисциплинарный подход при редких орфанных дерматологических заболеваниях.
91. Паранеопластические дерматозы: классификация и диагностическое значение.
92. Злокачественный черный акантоз и синдром Лезера–Трела.
93. Паранеопластическая пузырьчатка и другие облигатные паранеопластические синдромы.
94. Кожные лимфомы: грибовидный микоз, синдром Сезари, В-клеточные лимфомы.
95. Метастатические опухоли кожи: клинические варианты и диагностический поиск.

96. Псевдолимфомы кожи: подходы к дифференциальной диагностике.
97. Маршрутизация пациента при подозрении на кожную лимфому или метастаз кожи.
98. Реабилитация и паллиативные аспекты при опухолевых поражениях кожи.
99. Длительное наблюдение и диспансеризация пациентов после лечения тяжелых дерматозов, лимфом и опухолей кожи.
100. Экстренные состояния в дерматовенерологии в стационаре: алгоритм распознавания и оказания помощи.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1

На прием к дерматологу обратилась женщина 52 лет с жалобами на необычные высыпания на коже живота в виде линии. Сыпь появилась около 2 месяцев назад, субъективно беспокоит периодический легкий зуд. Появление элементов ни с чем не связывает.

При осмотре: патологический процесс локализован на коже живота слева. Очаг поражения представлен узкой полосой (лентой), состоящей из множественных мелких плоских папул розово-бежевого цвета, диаметром 2–3 мм. Папулы имеют полигональные очертания и легкое шелушение на поверхности. Высыпания располагаются линейно. Кожа вне очага и слизистые оболочки не изменены.

Задания:

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



Ситуационная задача 2

На консультацию к дерматологу направлена пациентка 63 лет с жалобами на стойкие высыпания на лице, сопровождающиеся чувством стянутости кожи и выраженным эстетическим дискомфортом.

Из анамнеза выяснено, что заболевание началось около двух лет назад с преходящего покраснения щек и носа. Постепенно краснота стала постоянной, а около 8 месяцев назад появились плотные узелки. Пациентка самостоятельно применяла мази с глюкокортикостероидами и крем с метронидазолом, однако терапия оказалась малоэффективной.

Объективно: патологический процесс локализуется на коже центральной части лица (щеки, нос). На фоне неярко выраженной застойной эритемы и единичных телеангиэктазий располагаются множественные плотные сферические папулы и мелкие узлы желтовато-бурого и красновато-

коричневого цвета размером от 2 до 5 мм. При проведении диаскопии узелковых элементов выявляется желтовато-коричневое окрашивание. Пустулы и комедоны отсутствуют

Учитывая атипичность клинической картины и резистентность к стандартной терапии, месяц назад по месту жительства пациентке была проведена диагностическая биопсия кожи из очага поражения.

Результат гистологического исследования: в верхних и средних отделах дермы определяются перифолликулярно расположенные эпителиоидно-клеточные гранулемы без признаков казеозного некроза, содержащие гигантские многоядерные клетки Лангханса и окруженные лимфогистиоцитарным инфильтратом.

1. Обоснуйте и сформулируйте окончательный клинический диагноз, опираясь на морфологические и гистологические данные.

2. Укажите круг заболеваний, с которыми в первую очередь необходимо проводить дифференциально-диагностический поиск.

3. Разработайте оптимальную схему лечения пациентки, учитывая форму заболевания.



Ситуационная задача 3

На консультацию к дерматологу хирургом направлена пациентка 78 лет с жалобами на наличие обширной, крайне болезненной незаживающей раны на правом бедре.

Из анамнеза выяснено, что заболевание началось около полутора месяцев назад с появления плотного болезненного красноватого узла. Пациентка обратилась в хирургический кабинет, где было произведено вскрытие элемента. Однако после вмешательства рана не заживала, а начала стремительно увеличиваться в размерах. Системная антибактериальная терапия эффекта не дала. Для исключения злокачественного новообразования хирургом была проведена краевая инцизионная биопсия. После взятия биоптата пациентка отметила еще большее расширение язвенного дефекта.

Из сопутствующих заболеваний: длительно текущий сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь, хроническая сердечная недостаточность (ХСН).

Результат гистологического исследования: выраженный диффузный нейтрофильный инфильтрат в дерме и подкожной клетчатке с формированием микроабсцессов, массивный некроз тканей; признаков истинного васкулита, специфических гранулем, грибковых элементов и атипичных клеток не выявлено.

При объективном осмотре: на коже внутренней поверхности правого бедра визуализируется глубокий язвенный дефект неправильной формы размером 8х12 см. Края язвы валикообразно приподняты, подрыты, нависают над дном и имеют характерный багрово-синюшный (ливидный) оттенок. Дно язвы бугристое, покрыто обильными гнойно-некротическими массами. Окружающая кожа отечна, эритематозна. Пальпация резко болезненна.

1. Установите клинический диагноз. Как называется патогномоничный для данного заболевания феномен, объясняющий стремительное прогрессирование язвы после первичного хирургического вскрытия и последующей биопсии?
2. Оцените результаты гистологического исследования: подтверждают ли они ваш диагноз и какие патологии позволили исключить?
3. Разработайте тактику системной и местной терапии. Какие ограничения необходимо учесть при назначении лечения, принимая во внимание тяжелый коморбидный фон пациентки (сахарный диабет 2 типа, ГБ, ХСН)?



Ситуационная задача 4

На прием к дерматовенерологу обратилась женщина 42 лет с жалобами на болезненность, жжение и сухость губ, усиливающиеся при приеме пищи и пребывании на солнце. Болеет около года, отмечает периодические обострения в весенне-летний период. Использование гигиенических помад и мазей с антибиотиками давало кратковременный эффект.

При осмотре: патологический процесс локализован преимущественно на красной кайме нижней губы. Визуализируются четко очерченные очаги застойной гиперемии с инфильтрацией. В центре очагов определяются плотно сидящие белесоватые чешуйки, при попытке снятия которых возникает резкая болезненность (симптом Бенье-Мещерского). По периферии очагов наблюдается характерный белесоватый ободок в виде радиально расходящихся полос (стрий). В центре одного из очагов имеется зона поверхностной рубцовой атрофии. Слизистая оболочка полости рта и кожа туловища не изменены.

Задания:

1. Каков ваш предполагаемый диагноз?
2. Какие лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какова тактика лечения и рекомендации по фотозащите?



Ситуационная задача 5

На консультацию к дерматологу обратилась женщина 38 лет. Жалобы на появление многочисленных плотных узелков, склонных к кольцевидному росту, на коже рук и туловища. Первые элементы появились около 4 месяцев назад. Субъективно отмечает периодический зуд. Соматический анамнез: хронический аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз.

При осмотре: патологический процесс носит распространенный характер. Высыпания локализуются симметрично в области локтевых сгибов, предплечий, а также на боковых поверхностях туловища. Очаги представлены мелкими дермальными папулами розово-бежевого цвета, расположенными в виде колец и полудуг диаметром от 2 до 5 см. Центр колец выглядит слегка запавшим, кожа в нем имеет нормальную окраску или легкую синюшность. Поверхность элементов гладкая, шелушение отсутствует. При пальпации папулы плотноэластической консистенции.

Задания:

1. Установите клинический диагноз и его форму.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какова тактика обследования и лечения пациентки?



Ситуационная задача 6

На прием к дерматологу обратилась женщина 70 лет с жалобами на мучительный, приступообразный зуд кожи голеней, усиливающийся в вечернее и ночное время. Болеет более двух

лет. Пациентка отмечает, что зуд настолько интенсивный, что она «расчесывает кожу до крови». В анамнезе: сахарный диабет 2 типа, хронический калькулезный холецистит.

При осмотре: на передней и боковых поверхностях обеих голени на фоне сухой, ксеротичной кожи располагаются многочисленные изолированные папулы и узлы полушаровидной формы диаметром от 0,5 до 1,2 см. Элементы имеют плотную консистенцию, синюшно-красный цвет с буроватым оттенком. Поверхность многих узлов покрыта мощными гиперкератотическими наслоениями, а в центре большинства элементов видны глубокие геморрагические корки и линейные эскориации (расчесы). Между узлами наблюдаются участки гипо- и гиперпигментации.

Задания:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие системные факторы могут поддерживать интенсивный зуд у данной пациентки?
3. Какова тактика лечения (местного и системного) и какие рекомендации по уходу за кожей необходимо дать?



Ситуационная задача 7

На прием к дерматологу обратился мужчина 52 лет с жалобами на появление на коже туловища и шеи кольцевидных пятен, которые быстро увеличиваются в размерах. Из анамнеза известно, что пациент в течение последнего года проходит обследование и лечение у онколога по поводу новообразования внутренних органов (подозрение на аденокарциному толстой кишки). Появление сыпи отмечает около месяца назад.

При осмотре: на коже груди, спины и боковых поверхностей шеи визуализируются множественные эритематозные очаги кольцевидной формы. Характерной особенностью является наличие приподнятого сочного розово-красного края и более бледного, слегка застойного центра. Очаги имеют тенденцию к периферическому росту (достигая 10–15 см в диаметре) и слиянию, образуя причудливые гирляндоподобные фигуры и дуги. При пальпации края элементов ощущаются как плотный шнур. Субъективно беспокоит умеренный зуд. Обследован: соскоб на патологические грибы отрицателен.

Задания:

1. Каков ваш предполагаемый диагноз?
2. О чем может свидетельствовать появление данного дерматоза у пациента с онкологическим анамнезом? Как называются такие кожные проявления?
3. Какова тактика ведения пациента и прогноз в отношении кожного процесса?



Ситуационная задача 8

На прием к дерматологу обратилась женщина 65 лет с жалобами на появление на коже спины и поясницы темных пятен. Субъективных ощущений (зуд, боль) нет, высыпания существуют около двух лет и постепенно увеличиваются в количестве. Пациентка страдает метаболическим синдромом (ожирение II степени, гипертоническая болезнь, нарушение толерантности к глюкозе).

При осмотре: на коже спины в межлопаточной области и в зоне поясницы визуализируются множественные очаги округлой и овальной формы диаметром от 2 до 8 см. Очаги имеют четкие границы и характерный вид «западания» (депрессии) тканей — поверхность пятен расположена чуть ниже уровня окружающей здоровой кожи. Цвет высыпаний варьирует от синюшно-серого до коричневатого-бурого. При пальпации кожа в центре очагов мягкая, признаков уплотнения (склероза) не выявляется, кожа легко собирается в складку. Периферический воспалительный ободок (лиловое кольцо) отсутствует. Остальные кожные покровы и слизистые не изменены.

Задания:

1. Каков ваш предполагаемый диагноз и к какой группе дерматозов относится данное заболевание?
2. Проведите дифференциальный диагноз, в первую очередь с бляшечной формой склеродермии.

Какие клинические признаки позволяют их различить?

3. Какова тактика ведения пациентки и требуется ли агрессивная системная терапия при данной форме заболевания?



Ситуационная задача 9

В дерматологический стационар поступил мужчина 56 лет с жалобами на наличие множественных очагов на коже волосистой части головы, сопровождающихся постоянным зудом, жжением и активным выпадением волос. Болеет более 3 лет, ранее лечился амбулаторно с временным эффектом. Настоящее ухудшение связывает с длительным пребыванием на солнце во время летнего сезона.

При осмотре: на коже волосистой части головы (в теменной, височных и затылочной областях) визуализируются множественные, четко очерченные округлые очаги диаметром от 2 до 5 см. В пределах очагов отмечается выраженная застойная эритема и инфильтрация. Поверхность покрыта плотно сидящими серовато-белыми чешуйками; при попытке их отделения пациент испытывает резкую боль, а на нижней поверхности чешуек видны роговые шипики (симптом «дамского каблучка»). В центральной части более старых очагов кожа истончена, лишена волос, имеет вид гладкого белесоватого рубца (рубцовая атрофия), устья волосяных фолликулов отсутствуют. По периферии очагов сохраняется зона активного воспаления.

Задания:

1. Каков ваш клинический диагноз? Укажите триаду характерных признаков, наблюдаемую у данного пациента.
2. Какие лабораторные и инструментальные методы обследования необходимо провести пациенту в условиях стационара для исключения системности процесса?
3. Составьте план комплексного лечения и укажите, возможна ли регенерация волос в зонах рубцевания.



Ситуационная задача 10

На прием к дерматологу обратилась девушка 29 лет с жалобами на появление на коже ног необычного сетчатого рисунка синюшного цвета. Высыпания впервые заметила около полугода назад. Пациентка отмечает, что рисунок становится более выраженным при нахождении в прохладном помещении и после пребывания на ногах. Субъективно беспокоят периодические ноющие боли в мышцах бедер и чувство онемения.

При осмотре: патологический процесс носит симметричный характер, наиболее выражен на коже бедер (передняя и боковые поверхности), в меньшей степени — на голених. Визуализируются стойкие пятна розовато-лилового и застойно-синюшного цвета, имеющие вид древовидно ветвящихся линий и замкнутых петель, образующих характерную сеть. На фоне сетчатого рисунка в области средней трети бедер пальпируются мелкие, слегка болезненные узелковые элементы. Кожа в очагах холодная на ощупь. При поднятии ног вверх интенсивность окраски уменьшается, но рисунок полностью не исчезает.

Задания:

1. Каков ваш предполагаемый диагноз и его клиническая форма?
2. Какие диагностические пробы можно провести при осмотре для оценки сосудистой реакции?
3. Каков план обследования для исключения системной патологии (коллагенозов) и тактика лечения?



Ситуационная задача 11

В дерматологический стационар поступил молодой человек 19 лет с жалобами на обильные высыпания по всему телу, сопровождающиеся зудом. Болеет около 5 лет. Настоящее обострение связывает с перенесенной две недели назад острой респираторной инфекцией. За последние 10 дней сыпь быстро распространилась, появились новые мелкие элементы на ранее здоровых участках кожи.

При осмотре: патологический процесс носит универсальный характер. На коже туловища, конечностей и волосистой части головы визуализируются многочисленные ярко-розовые папулы величиной от просыаного зерна до монеты (лентикулярные и нуммулярные), а также крупные инфильтрированные бляшки. Поверхность всех элементов обильно покрыта мелкопластинчатыми серебристо-белыми чешуйками. У мелких папул чешуйки располагаются в центре, оставляя по периферии узкий яркий край (венчик Пильнова). На коже живота и спины в местах трения одеждой и расчесов видны линейно расположенные свежие точечные папулы. Ногтевые пластины кистей деформированы, имеют точечные вдавления.

Задания:

1. Сформулируйте клинический диагноз, укажите стадию и тип высыпаний по морфологии.
2. Каков механизм появления свежих папул на местах расчесов и как называется этот феномен?
3. Предложите план стационарного лечения. Какие физиотерапевтические методы противопоказаны пациенту в данный момент?



Ситуационная задача 12

На прием к дерматологу обратился мужчина 68 лет с жалобами на необычный вид кожных покровов почти по всему телу, сопровождающийся сухостью кожи и умеренным зудом. Первые изменения заметил около полутора лет назад в области шеи и груди, затем процесс медленно распространился на туловище и конечности. Пациент отмечает, что кожа стала выглядеть «пестрой».

При осмотре: патологический процесс носит распространенный характер, захватывая кожу туловища, шеи и проксимальных отделов конечностей. Пораженные участки имеют характерный пестрый вид за счет сочетания трех основных признаков: сетчатой гиперпигментации коричневого цвета, многочисленных точечных и линейных телеангиэктазий, а также очагов поверхностной рубцовой атрофии (кожа истончена, напоминает помятую папиросную бумагу). На этом фоне местами видны мелкие участки депигментации.

Кожа в очагах сухая, кожный рисунок сглажен. Лимфатические узлы не увеличены. Общее состояние пациента удовлетворительное.

Задания:

1. Как называется описанный симптомокомплекс (триада признаков) и каков предполагаемый диагноз?
2. Какие системные заболевания (включая лимфопролиферативные процессы и болезни соединительной ткани) могут скрываться под маской данной клинической картины?
3. Какова тактика дальнейшего обследования пациента (необходимые диагностические манипуляции) и каков прогноз?



Ситуационная задача 13

В дерматологический стационар поступил мужчина 62 лет с жалобами на болезненные, долго не заживающие раны во рту и на коже спины и груди. Болеет около 3 месяцев. Сначала появились болезненные эрозии на слизистой щек, из-за которых пациент не мог принимать твердую пищу. Позже на коже туловища стали возникать пузыри, которые очень быстро вскрывались. Пациент отмечает резкую слабость и снижение аппетита.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. На слизистой оболочке полости рта и мягкого неба — обширные ярко-красные болезненные эрозии с обрывками эпителия по краям. На коже груди, спины и подмышечных впадин на фоне неизменной кожи визуализируются вялые, дряблые пузыри с серозным содержимым, а также множественные сочные эрозии, отделяющие розовую жидкость. При потягивании пинцетом за остатки покрывки пузыря отмечается отслойка эпидермиса далеко за пределами очага. При надавливании пальцем на неповрежденную кожу вблизи эрозий также происходит отслойка эпителия.

1. Каков ваш предварительный диагноз? Как называется специфический диагностический феномен, описанный в задаче?

2. Какие диагностические методы (цитология по Тцанку, ПИФ) позволят подтвердить диагноз и что именно они должны показать?

3. Какова тактика лечения (основная группа препаратов) и почему пациенту необходим контроль глюкозы крови и артериального давления в процессе терапии?



Ситуационная задача 14

В дерматологический стационар поступил мужчина 48 лет с жалобами на болезненные высыпания на ладонях и подошвах, резкую боль при ходьбе и выполнении ручной работы. Болеет около года, неоднократные курсы наружной терапии антимикотиками и комбинированными гормональными мазями в амбулаторных условиях давали лишь кратковременное улучшение. Пациент отмечает, что высыпания появляются «толчками», сопровождаясь жжением. Является курильщиком.

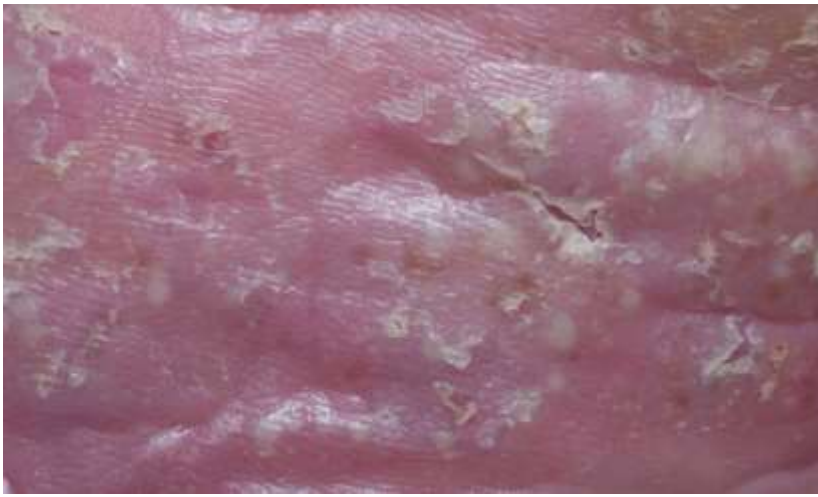
При осмотре: патологический процесс симметричный, локализован на коже ладоней и подошв. На фоне выраженной инфильтрации и разлитой застойной эритемы визуализируются сотни мелких пустул с желтоватым содержимым. Пустулы расположены глубоко в эпидермисе, не склонны к вскрытию, часть из них трансформировалась в плоские коричневатые корки. В сводах стоп и по краям пяток кожа значительно утолщена, покрыта наслоениями чешуек и прорезана глубокими болезненными трещинами. При микроскопии отделяемого пустул возбудителей инфекции не обнаружено (пустулы стерильны). На локтях и коленях при тщательном осмотре выявлены единичные десквамативные папулы розового цвета.

Задания:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз и укажите авторов, чьим именем названа эта форма пустулезного поражения.

2. Проведите дифференциальный диагноз. Какие исследования помогут исключить бактериальную инфекцию и микоз стоп (дисгидротическую форму)?

3. Составьте план стационарного лечения. Какие группы системных препаратов (включая ретиноиды и цитостатики) показаны при данной форме, и какой фактор внешней среды пациенту необходимо исключить для достижения ремиссии?



Ситуационная задача 15

На прием к дерматологу обратился мужчина 40 лет с жалобами на наличие многочисленных опухолевидных образований на коже туловища и конечностей, которые создают выраженный эстетический дефект и периодически травмируются одеждой. Считает себя больным с детского возраста, когда впервые появились пигментные пятна, а в пубертатном периоде начали активно расти узлы. Пациент отмечает, что у его отца и старшего сына имеются схожие изменения на коже.

При осмотре: патологический процесс носит системный характер. На коже туловища и спины визуализируются множественные (более 50) мягко-эластические образования на ножке или широком основании, цветом от розового до светло-коричневого, размером от 0,5 до 3 см. При надавливании на некоторые из них пальцем они легко «проваливаются» вглубь (положительный симптом «кнопки звонка»).

Кроме того, на коже груди и живота определяются многочисленные плоские пятна цвета «кофе с молоком» с четкими границами, диаметром более 1,5 см в количестве 12 штук. В подмышечных впадинах и паховых складках выявляется мелкая пигментация, напоминающая. При осмотре глаз врачом обнаружены мелкие белесовато-коричневые узелки на радужке.

Задания:

1. Поставьте клинический диагноз и укажите тип заболевания. Каков характер наследования данной патологии?
2. Перечислите основные диагностические критерии (не менее пяти), выявленные у данного пациента, согласно международной классификации. Как называются узелки, обнаруженные на радужной оболочке глаза?
3. Какова тактика ведения пациента? Какие специалисты (смежные врачи) должны участвовать в динамическом наблюдении для исключения системных осложнений?



Ситуационная задача 16

В дерматологический стационар поступил подросток 16 лет для прохождения планового курса лечения. Из анамнеза известно, что ребенок родился в «коллоидной пленке». С раннего детства кожа сухая, покрыта наслоениями, которые не поддаются обычному гигиеническому уходу. Состояние стабильное, резких обострений или периодов полной ремиссии не отмечается.

При осмотре: патологический процесс носит тотальный характер. Кожа всего туловища, конечностей (включая сгибательные поверхности) и лица покрыта крупными, толстыми, плотными чешуйками темно-коричневого цвета. Чешуйки имеют прямоугольную форму и плотно прилегают к коже в центре, напоминая «панцирь» или «черепицу», при этом фоновая эритема (покраснение) отсутствует. Из-за выраженной сухости и натяжения кожи лица отмечается двусторонний выворот нижних век (эктропион).

На ладонях и подошвах определяется выраженный гиперкератоз с глубокими болезненными трещинами. Волосистая часть головы покрыта массивными роговыми наслоениями, волосы истончены. Потоотделение у пациента значительно затруднено, из-за чего он плохо переносит физические нагрузки и высокую температуру воздуха.

Задания:

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз. Укажите тип наследования данного заболевания.
2. Каковы основные клинические отличия данной формы от вульгарного ихтиоза и от небуллезной врожденной итиозиформной эритродермии?
3. Предложите план комплексной терапии в условиях стационара. Какие группы препаратов (системные ретиноиды, кератолитики) и методы ухода за кожей показаны пациенту?



Ситуационная задача 17

В дерматологический стационар поступил мужчина 52 лет в тяжелом состоянии. Жалуется на озноб, чувство «стягивания» и жжения кожи по всему телу, мучительный зуд, общую слабость. Страдает псориазом более 15 лет, процесс обычно носил ограниченный бляшечный характер. Настоящее ухудшение развилось после попытки самолечения: пациент активно посещал сауну и применял наружно препараты с дегтем и высокими концентрациями кислот в прогрессирующую стадию заболевания.

При осмотре: патологический процесс носит универсальный характер, свободные участки здоровой кожи отсутствуют. Кожный покров всего туловища и конечностей ярко-красного цвета (пылающая эритема), отечен, горячий на ощупь. На этом фоне отмечается обильное шелушение мелкими и крупными белесоватыми чешуйками, которые легко осыпаются при снятии одежды. Типичные псориатические бляшки не контурируются, сливаясь в сплошной очаг поражения.

Кожа лица гиперемирована, одутловата. Пальпируются увеличенные паховые и бедренные лимфатические узлы (лимфаденопатия). Температура тела 38,2°C. Пациент отмечает нарушение терморегуляции и постоянное чувство холода.

Задания:

1. Сформулируйте полный клинический диагноз. Какие ошибки в терапии привели к развитию данного состояния?
2. Какие нарушения водно-электролитного баланса и белкового обмена могут возникнуть у пациента при такой площади поражения? Какие лабораторные анализы необходимо назначить немедленно?
3. Составьте план интенсивной стационарной терапии. Укажите тактику наружного лечения (выбор концентраций препаратов) и необходимость применения системных цитостатиков или иммуносупрессоров.



Ситуационная задача 18

На прием к дерматологу обратилась женщина 53 лет с жалобами на появление плотных наслоений на волосистой части головы, которые склеивают волосы у корней. Процесс сопровождается умеренным зудом. Ранее лечилась самостоятельно шампунями от перхоти, но чешуйки не отделялись.

При осмотре: на коже волосистой части головы, преимущественно в теменной области, определяются очаги с нечеткими границами, покрытые массивными, сухими, серебристо-белыми чешуйками. Особенностью является то, что чешуйки плотно охватывают стержни волос в виде «муфт» или «футляров», прочно склеивая их между собой и прижимая к коже. При попытке отделения чешуек они крошатся, напоминая по виду измельченный асбест. Кожа под наслоениями бледная или слегка розовая, признаков рубцовой атрофии не отмечается. Волосы в очагах не ломаются, но выглядят тусклыми.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз. К какой группе состояний (или как самостоятельное заболевание) его относят в современной дерматологии?
2. Проведите дифференциальный диагноз. С какими грибковыми и воспалительными заболеваниями волосистой части головы необходимо дифференцировать данный процесс?
3. Предложите тактику лечения. Какие группы наружных средств (кератолитики, масла) необходимо использовать для удаления наслоений?



Ситуационная задача 19

На прием к дерматологу обратилась женщина 68 лет с жалобами на появление нескольких пятен на коже обеих голеней. Высыпания заметила около двух лет назад, они медленно увеличиваются в диаметре. Болезненности нет, иногда беспокоит незначительный зуд. Пациентка связывает состояние кожи с длительной инсоляцией в летний период.

При осмотре: патологический процесс локализован исключительно на коже голени. Визуализируются три очага поражения диаметром от 0,8 до 1,5 см. Очаги имеют округлую форму, центр их слегка западает, выглядит истонченным и имеет бледную окраску. Каждый элемент окружен четким, непрерывным, резко приподнятым роговым краем сероватого цвета высотой около 1 мм. При осмотре через лупу на вершине этого рогового гребня определяется характерная продольная бороздка.

Для подтверждения диагноза была выполнена биопсия края одного из элементов. Гистологическое заключение: в области рогового валика обнаружена корноидная пластинка (столбик паракератотических клеток), под которой в эпидермисе отсутствует зернистый слой и определяются дискератотические клетки.

Задания:

1. Каков ваш предполагаемый диагноз? Дайте описание ключевого гистологического признака.
2. Проведите дифференциальный диагноз. Какие заболевания со схожим роговым краем следует исключить?
3. Предложите план лечения и тактику диспансерного наблюдения. Существует ли риск озлокачествления данных очагов?



Ситуационная задача 20

На прием к дерматологу обратился мужчина 78 лет с жалобами на грубые, массивные разрастания в области подошвы, которые мешают при ходьбе и ношении обуви. Из анамнеза известно, что изменения кожи появились несколько лет назад и медленно распространялись. Признаков лимфостаза (слоновости) или выраженных отеков голени у пациента нет.

При осмотре: патологический процесс локализован на коже подошвенной поверхности правой стопы, максимально выражен в области пятки и распространяется по боковой поверхности до уровня голеностопного сустава. Очаг представлен массивными вегетирующими разрастаниями и множественными папилломатозными узелками, сливающимися в сплошную бляшку с неровной, бугристой поверхностью. Цвет образований варьирует от розово-красного до грязно-серого из-за выраженного гиперкератоза. При надавливании из глубоких борозд между папилломатозными выростами выделяется скудный серозный экссудат. Пальпация очага умеренно болезненна. Кожа самой голени и вышележащих отделов не изменена, периферических отеков не выявлено.

Задания:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз, в первую очередь с бородавчатой формой красного плоского лишая и вульгарными бородавками.
3. Предложите план лечения и укажите, необходимо ли проведение биопсии для исключения вегетирующей формы плоскоклеточного рака кожи (эпителиомы левандовского-петрена).



Ситуационная задача 21

На прием к дерматологу обратилась женщина 76 лет с жалобами на наличие длительно незаживающего образования на нижней губе. Болеет около года. Сначала на губе появилось небольшое уплотнение, которое позже изъязвилось. Пациентка периодически удаляла образующиеся корочки, но рана под ними не заживала и постепенно увеличивалась в размерах.

При осмотре: патологический процесс локализован на красной кайме нижней губы, несколько смещен от центра к левому углу рта. Визуализируется язвенный дефект неправильной формы диаметром около 1,5 см. Края язвы плотные, приподнятые в виде валика, серовато-белого цвета. Дно язвы неровное, бугристое, покрыто серозно-геморрагической коркой, при снятии которой обнажается легко кровоточащая поверхность. При пальпации отмечается выраженная инфильтрация основания образования (хрящевидная плотность), выходящая за пределы видимой язвы. Подчелюстные лимфатические узлы слева увеличены, плотные, ограничены в подвижности.

Задания:

1. Сформулируйте предполагаемый клинический диагноз.
2. Какие факторы способствуют развитию данной патологии на нижней губе? Какое исследование необходимо провести для окончательной верификации диагноза?
3. Какова тактика ведения пациентки? К какому специалисту она должна быть направлена для дальнейшего лечения?



Ситуационная задача 22

На прием к дерматологу обратился мужчина 32 лет с жалобами на высыпания на коже спины, сопровождающиеся легким зудом. Заболевание началось около 10 дней назад, когда в области лопатки появилось одно крупное красное пятно. Спустя неделю пациент заметил появление множества мелких пятен на всей поверхности спины. За две недели до начала заболевания перенес легкую простуду.

При осмотре: патологический процесс локализован на коже спины. В области поясницы визуализируется крупное овальное пятно ярко-розового цвета диаметром 4 см с четкими границами. Центр пятна слегка западает, имеет желтоватый оттенок и покрыт мелкими складчатыми чешуйками (напоминает

папиросную бумагу). На остальной коже спины располагаются множественные мелкие овальные пятна-медальоны розового цвета, длинная ось которых ориентирована вдоль линий натяжения кожи (линии Лангера), создавая рисунок «ветвей елки».

Задания:

1. Каков ваш клинический диагноз? Как называется наиболее крупный, первичный элемент сыпи?
2. Какие специфические признаки шелушения характерны для данного дерматоза? С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный поиск?
3. Какова тактика лечения и какие рекомендации по гигиене следует дать пациенту, чтобы предотвратить раздражение кожи и экзематизацию?



Ситуационная задача 23

На консультацию в пансионат для престарелых вызван дерматолог к женщине 79 лет. Персонал жалуется на наличие у пациентки массивных корок на коже и неприятного запаха, при этом сама женщина активных жалоб на зуд не предъявляет. Из анамнеза известно, что пациентка страдает деменцией и ограничена в движении. В течение последнего месяца у двух сотрудников пансионата, контактировавших с больной, появились зудящие высыпания на кистях и животе.

При осмотре: патологический процесс носит распространенный характер. Кожа кистей, стоп, локтей и коленей покрыта массивными, многослойными серовато-желтыми и грязно-коричневыми гиперкератотическими корками толщиной до 1–2 см, напоминающими «панцирь». При попытке снятия корок обнажаются мокнущие эрозированные поверхности. На коже туловища и конечностей наблюдается диффузная эритема и мелкое шелушение. Ногтевые пластины резко утолщены, деформированы, под ними определяются роговые наслоения. При микроскопическом исследовании соскоба из-под корки в одном поле зрения обнаружено огромное количество клещей.

Задания:

1. Установите клинический диагноз. Почему у данной категории пациентов зачастую отсутствует характерный симптом — зуд?
2. В чем заключается высокая эпидемиологическая опасность данной клинической формы? Каков предполагаемый диагноз у сотрудников пансионата?
3. Предложите план лечебных и противоэпидемических мероприятий в условиях закрытого учреждения. Какие препараты и вспомогательные средства необходимы для лечения пациентки?



Ситуационная задача 24

В стационар поступил мужчина 65 лет с жалобами на болезненные, гнойные узлы на волосистой части головы, сопровождающиеся выделением гноя и необратимым выпадением волос. Болеет около 5 лет, процесс медленно прогрессирует, несмотря на периодические курсы антибактериальной терапии.

При осмотре: на коже волосистой части головы (преимущественно в затылочной области) визуализируются несколько крупных, плотных, глубоких инфильтратов (узлов) синюшно-багрового цвета. Узлы соединены между собой глубокими свищевыми ходами, из которых при надавливании выделяется густой желтоватый гной. На поверхности некоторых узлов видны пустулы, пронизанные волосами. В местах разрешившихся ранее элементов сформировались грубые гипертрофические рубцы, полностью лишенные волосных фолликулов (рубцовая алопеция). Характерным признаком является выход нескольких волосных стержней (3–5 и более) из одного расширенного устья фолликула (пучкообразные волосы).

Задания:

1. Каков ваш предполагаемый клинический диагноз?
2. Опишите патоморфологическую сущность данного процесса. Какие бактерии чаще всего выделяются при бакпосеве, и являются ли они первопричиной заболевания?
3. Составьте план лечения. Укажите роль системных антибиотиков, ретиноидов и хирургических методов лечения в запущенных случаях. Прогноз в отношении восстановления волос в очагах поражения.



Ситуационная задача 25

На прием к дерматологу обратился мужчина 75 лет с жалобами на появление ярких пятен на головке полового члена, которые сопровождаются умеренным зудом и дискомфортом. Болеет около года, заболевание прогрессирует медленно. Использование противогрибковых и антибактериальных мазей эффекта не дало. Пациент не обрезан.

При осмотре: на коже головки полового члена визуализируются два четко отграниченных очага поражения округлой и неправильной формы диаметром 0,5 см и 1,2 см. Очаги имеют ярко-красный

(пунцовый) цвет с бархатистой, влажной поверхностью («лаковый блеск»). При пальпации очагов отмечается легкая инфильтрация тканей, болезненность отсутствует. Устья уретры не затронуты, паховые лимфатические узлы не увеличены. На остальном кожном покрове высыпаний нет.

Задания:

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз. К какой группе заболеваний относится данная патология?
2. Проведите дифференциальный диагноз с кандидозным баланопоститом и плазмноклеточным баланитом Зоона. Какое исследование необходимо для исключения инвазивного рака?
3. Какова тактика ведения пациента? Каков риск трансформации этого состояния в плоскоклеточный рак?



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

Полный перечень вопросов к второму 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/ISBN9785970427965.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.informsystema.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.informsystema.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. — 511 с.	2