



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

"Северо-Западный государственный медицинский университет

имени И.И. Мечникова"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

/ С.А. Артюшкин /

«25» января 2019 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

**основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры
по специальности 31.08.32 Дерматовенерология**

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург
2019 г.

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

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

Профессиональные компетенции (ПК):

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

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
 - лечебная деятельность;
 - готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
 - реабилитационная деятельность;
 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);
 - психолого-педагогическая деятельность;
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
 - организационно-управленческая деятельность;
 - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
 - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
 - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК списываются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заездание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

5. Программа государственного экзамена

5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Подготовка к государственной итоговой аттестации должна осуществляться в соответствии с программой государственного экзамена по вопросам, которые впоследствии войдут в экзаменационные билеты.

В процессе подготовки к экзамену следует опираться на рекомендованную для этих целей научную и учебную литературу, последние федеральные клинические рекомендации, размещенные на сайте ФГБУ "Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии" Министерства здравоохранения РФ.

Для систематизации знаний большое значение имеет посещение ординаторами консультаций по вопросам, включенными в программу государственного экзамена, которые проводятся выпускающей кафедрой по расписанию, накануне государственных экзаменов.

Содержание ответов ординатора на государственном экзамене должно соответствовать требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.32 Дерматовенерология, утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 года № 1074, должны продемонстрировать уровень сформированности у ординатора необходимых

универсальных и профессиональных компетенций, необходимых для самостоятельного решения профессиональных задач различной степени сложности.

В процессе подготовки полезно составить расширенный план ответа по каждому вопросу. Материал по раскрываемому вопросу излагать структурировано и логично. По возможности проиллюстрировать конкретной практической информацией. По своей форме ответ должен быть уверенным и четким. Необходимо следить за культурой речи, не допускать ошибок в произношении специальных терминов, имен и фамилий известных ученых

5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Кожа как орган. Структура и основные функции кожи.
2. Строение и функции эпидермиса и дермы.
3. Строение и функции подкожно-жировой клетчатки.
4. Нервно-рецепторный аппарат кожи.
5. Волосяные фолликулы, их строение, физиология, патология.
6. Потовые и сальные железы кожи, их строение и физиология, патология.
7. Ногтевые пластинки, их строение, патология.
8. Кровеносная и лимфатическая системы кожи.
9. Понятие о первичных морфологических элементах кожных высыпаний. Патоморфологические изменения в эпидермисе и дерме, лежащие в основе их образования.
10. Понятие о вторичных морфологических элементах кожных высыпаний. Диагностическое значение вторичных элементов.
11. Особенности клинического обследования дерматологических больных.
12. Лабораторные методы диагностики кожных болезней.
13. Лабораторные методы диагностики венерических болезней.
14. Общие принципы назначения наружного лечения при кожных заболеваниях. Классификация наружных средств. Механизм действия.
15. Опишите различия между действующей системой подготовки и усовершенствования медицинских работников и системой, предполагающейся в рамках закона № 323-ФЗ.
16. Опишите систему подготовки в интернатуре и ординатуре, сравните ее с организацией обучения в резидентуре в США, укажите основные различия
17. Опишите стадии восприятия информации по Пери
18. Расскажите о первичных и вторичных мотивах. Использование теории валентности К.Левина в обучении
19. Программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.
20. Законодательные основы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.
21. Система здравоохранения России. Виды и уровни медицинской помощи. Номенклатура медицинских учреждений и их основные функции
22. Раненый Н. находился под обломками разрушенного в результате бомбардировки здания в течение 10 часов. Обе нижние конечности до уровня нижней трети бедер были придавлены обломками здания. Через 30 минут доставлен в МПп Состояние тяжелое, бледен, заторможен. Пульс 120 уд/мин, АД 70/20 мм рт. ст. Обе нижние конечности от уровня нижней трети с выраженным отеком, пульсация периферических артерий отсутствует. Отмечается отсутствие чувствительности, активных и пассивных движений. Сформулируйте диагноз. Перечислите необходимые мероприятия первой и доврачебной помощи, расскажите порядок сортировки (примите решение по внутрипунктовой медицинской сортировке) и оказания (перечислите мероприятия) медицинской помощи в МПп и омедб, укажите направление дальнейшей эвакуации.
23. Раненый Ф. при взрыве мины был придавлен обломками убежища. Через 2 часа был извлечен из-под завалов, при этом выяснилось, что левая рука была плотно сдавлена

доской. Через 40 минут доставлен в МПп. В сознании, несколько эйфоричен, жалуется на боли в левой руке, особенно кисти и предплечье. От уровня нижней трети левого плеча конечность отечная. На коже множественные ссадины и ушибы. Отмечается снижение болевой чувствительности в этой зоне, а также ограничение движений в левых лучезапястном и локтевом суставах. Пульсация левой лучевой артерии снижена. Пульс 108 уд/мин, АД 90/40 мм рт. ст. Сформулируйте диагноз. Перечислите необходимые мероприятия первой и доврачебной помощи, расскажите порядок сортировки (примите решение по внутрипунктовой медицинской сортировке) и оказания (перечислите мероприятия) медицинской помощи в МПп и ОМЕДБ, укажите направление дальнейшей эвакуации.

24. Раненый В. через 22 часа был освобожден из-под завала в бомбоубежище и через 1 час был доставлен в МПп. Состояние тяжелое, заторможен, жалуется на боли в правой ноге. Пульс 112 уд/мин. АД 80/40 мм рт. ст. В верхней трети правого бедра наложен жгут. Дистальнее его определяется демаркационная линия. Конечность значимо увеличена в объеме, бледная, холодная, пассивных движений стопы и голени нет. Стопа синюшного цвета, с внутрикожными пузырями, заполненными мутным геморрагическим выпотом. Сформулируйте диагноз. Перечислите необходимые мероприятия первой и доврачебной помощи, расскажите порядок сортировки (примите решение по внутрипунктовой медицинской сортировке) и оказания (перечислите мероприятия) медицинской помощи в МПп и ОМЕДБ, укажите направление дальнейшей эвакуации.
25. Фотодерматозы. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
26. Дерматиты (простой контактный, аллергический) и их причины. Клинические разновидности. Методы диагностики. Лечение и профилактика.
27. Эпидермальный некролиз. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
28. Микозы стоп. Онихомикозы. Этиология. Классификация. Клиника. Методы диагностики. Наружная и системная терапия. Профилактика.
29. Атопический дерматит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика обострений.
30. Кандидоз кожи и слизистых. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
31. Аллергические васкулиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
32. Экзема. Патогенез. Этапы развития экзематозного процесса. Клиника и течение экземы. Разновидности экземы. Принципы лечения экземы в разных стадиях. Прогноз. Профилактика обострений.
33. Токсiderмии. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
34. Розацеа. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
35. Микозы волосистой части головы. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
36. Чесотка и другие паразитарные дерматозы. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
37. Герпетiformный дерматоз Дюоринга. Этиология и патогенез. Клиника, течение, прогноз. Диагностика и дифференциальный диагноз. Лечение.
38. Саркоидоз. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
39. Крапивница. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
40. Акне. Классификация. Патогенез. Клиническое течение. Диагностика. Наружная и системная терапия. Уход за кожей в период ремиссии.
41. Буллезный немифгоид. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
42. Красный плоский лишай. Этиология и патогенез. Диагностика. Клинические разновидности. Течение. Лечение.

43. Дискоидная красная волчанка. Этиология и патогенез. Особенности клиники и течения. Диагностическая ценность кожных изменений. Методы лабораторной диагностики. Принципы лечения. Профилактика рецидивов и обострений.
44. Псориаз. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
45. Очаговая (бляшечная) склеродермия. Этиология и патогенез. Клиника, течение. Прогноз. Принципы лечения. Диспансеризация больных, её цели и методы.
46. Заболевания, вызванные вирусами герпеса. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
47. Туберкулез кожи. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
48. Бактериальные инфекции, вызванные преимущественно *Streptococcus*. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
49. Бактериальные инфекции, вызванные преимущественно *Staphylococcus*. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
50. Истинная пузырчатка. Этиология и патогенез. Клиника и течение. Прогноз. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Диспансеризация больных, её цели и методы.
51. Микозы гладкой кожи. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
52. Атипичные пиодермии. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
53. Заболевания, вызванные и ассоциированные с группой *Malasseziaspecies* (отрубевидный лишай, малассезия - фолликулит, себорейный дерматит). Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
54. Лимфомы кожи: клинические формы. Классификация, принципы диагностики и лечения.
55. Лишай Жибера. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
56. Псориатический артрит. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
57. Гнездная алопеция. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
58. Нейтрофильные дерматозы (амикробные пустулезы). Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
59. Базальноклеточный рак кожи (Базалиома). Патогенез. Клинические разновидности. Течение. Методы диагностики. Прогноз.
60. Плоскоклеточный рак кожи. Условия, способствующие развитию плоскоклеточного рака. Клиническая картина и течение. Методы диагностики. Принципы терапии. Прогноз.
61. Доброкачественные новообразования кожи. Классификация. Клиника. Методы диагностики и лечения.
62. Заболевания, вызванные вирусом папилломы человека. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
63. Общая патология сифилиса. Этиология. Пути передачи сифилиса. Периоды течения сифилиса. Принципы диагностики и лечения.
64. Висцеральный сифилис. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
65. Скрытый (асимптомный) сифилис. Причины асимптомного течения инфекции. Клинико-эпидемиологические разновидности приобретенного скрытого сифилиса. Методика диагностики. Принципы лечения больных сифилисом. Превентивное, профилактическое и пробное лечение. Критерии излечения и снятия с учета.
66. Течение сифилиса в первичном периоде: клинические проявления и иммунологические изменения. Первичная сифилома. Клиника и течение. Дифференциальный диагноз. Серодиагностика. Лечение.
67. Течение сифилитической инфекции во вторичном периоде. Общая характеристика течения. Иммунологические изменения. Сифилитическая розеола. Симптоматика, течение. Дифференциальный диагноз с высыпаниями при розовом лишае, токсикодермии и отрубевидном лишае. Лечение.

68. Течение третичного сифилиса. Клинические проявления и иммунологические изменения. Лечение.
69. Вторичный рецидивный сифилис. Клинические проявления и иммунологические изменения. Диагностика. Лечение.
70. Дифференциальный диагноз твердого шанкра от генитального герпеса, шанкрiformной пиодермии, чесоточной эктимы и шанкроида.
71. Патогенез и общее течение врожденного сифилиса.
72. Отклонения от типичного течения сифилитической инфекции во вторичном периоде и их характеристика: скрытый, злокачественный и «обезглавленный» сифилис.
73. Осложнение твердого шанкра. Гангренизация. Фагеденизм. Фимоз. Парафимоз. Лечение. Профилактика осложнений.
74. Возбудитель сифилиса и пути заражения. Иммунитет при сифилисе.
75. Серологическая диагностика сифилитической инфекции. Виды серологических реакций. Диагностическая ценность при разных стадиях и формах сифилиса.
76. Врожденный сифилис. Пути передачи сифилиса потомству. Сифилис плода. Поздний врожденный сифилис. Клиника. Течение. Методы диагностики. Профилактика и лечение.
77. Вторичный свежий сифилис. Клиника. Диагностика. Лечение.
78. Атипичные твердые шанкры. Шанкр-амигдалит. Шанкр-панариций. Дифференциальный диагноз. Лечение.
79. Принципы лечения сифилиса при разных стадиях и формах.
80. Понятие о суперинфекции, реинфекции и рецидиве сифилиса.
81. Клинико-серологический контроль после окончания лечения сифилиса.
82. Гонорея у мужчин. Возбудитель. Иммунитет при гонорее, реинфекция, рецидив и суперинфекция. Классификация гонореи. Клиника и течение гонорейного уретрита у мужчин. Принципы топической диагностики. Осложнения гонорейного уретрита у мужчин. Эпидидимит и т.д. Внегенитальные и диссеминированные формы гонореи. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.
83. Гонорея у женщин. Возбудитель. Иммунитет при гонорее, реинфекция, рецидив и суперинфекция. Классификация гонореи. Клиника и течение гонореи у женщин. Принципы топической диагностики. Осложнения гонорейного уретрита у женщин. Пельвиоперитонит и т.д. Внегенитальные и диссеминированные формы гонореи. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение.
84. Урогенитальный хламидиоз у мужчин. Возбудитель, его морфологические и биологические особенности. Пути передачи инфекции. Клиника и течение урогенитальных поражений. Осложнения. Принципы диагностики и терапии. Профилактика.
85. Урогенитальный хламидиоз у женщин. Возбудитель, его морфологические и биологические особенности. Пути передачи инфекции. Клиника и течение урогенитальных поражений. Осложнения. Принципы диагностики и терапии. Профилактика.
86. Трихомониаз у мужчин. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
87. Трихомониаз у женщин. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
88. Генитальный герпес. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
89. Бактериальный vaginosis. Этиология. Факторы риска. Клиника. Диагностика. Лечение.
90. Урогенитальный кандидоз. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
91. Баланопоститы и баланиты. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

92. Урогенитальные заболевания, вызванные Mycoplasma genitalium. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
 93. Урогенитальные заболевания, вызванные Ureaplasma spp. и M. Hominis. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
 94. Мягкий шанкр (шанкроид). Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
 95. Пацовая гранулема (Донованоз). Этиология и патогенез Клиника. Диагностика. Лечение.
 96. Венерический лимфогранулематоз. Этиология и патогенез.. Клиника. Диагностика. Лечение.
 97. Сифилитические высыпания в полости рта при первичном и вторичном периоде. Эритематозные и папулезные сифилитические ангины. Клиника, течение, диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.
 98. Общая характеристика течения ВИЧ-инфекции у человека. Кожные проявления синдрома приобретенного иммунодефицита, их клинические особенности. «Оппортунистические» инфекции кожи. «Маркерные» заболевания кожи и слизистых оболочек. Диагностика ВИЧ-инфекции.
 99. ВИЧ-инфекция. Эпидемиология. Классификация. Кожные проявления при ВИЧ-инфекции. Саркома Капоши. Особенности течения саркомы Капоши при ВИЧ-инфекции. Диагностика ВИЧ-инфекции.
 100. Аногенитальные (венерические) бородавки. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

Задачи

- Задачи**

 - На прием к врачу обратилась девушка 19 лет в связи с зудящими высыпаниями на коже, усилением зуда в ночное время. Больна с детского возраста (со слов матери). Начало кожного заболевания совпало с введением прикорма). Обострения связывает с нарушениями диеты (морепродукты, кофе, сладости, орехи, мед, клубника и т.д.), стрессовыми факторами (экзамены и т.п.). В летний период отмечает облегчение течения кожного процесса вплоть до полного временного разрешения высыпаний. Временный положительный эффект при применении ТКС. Из анамнеза: у матери бронхиальная астма. При осмотре: повышенная сухость кожи, в области подколенных и локтевых сгибов выявляются эритемато-сквамозные очаги, участки лихенификации, экскориации.

ВОПРОСЫ:

Поставьте диагноз.

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?

Составьте план лечебных мероприятий. Особенности наружной терапии.

2. На прием к врачу обратилась мать с ребенком четырех месяцев, у которого имелось высыпания на коже щек, сопровождающиеся сильным зудом. Ребенок болен в течение двух недель, когда на следующий день после дачи прикорма появились высыпания на щеках. Ребенок родился от первой беременности, в срок. Находится на естественном вскармливании. У матери отмечался токсикоз в первой половине беременности, страдает бронхиальной астмой, лекарственной токсикодермией. При обследовании: кожа щек эритематозна, слегка отечна. Границы эритемы нерезкие, имеются множественные, мелкие папулы, везикулы, эрозии, из которых на поверхность выступают небольшие капли серозного экссудата; на правой щеке - корочки и чешуйки.

ВОПРОСЫ:

Ваш предположительный диагноз. Его обоснование.

Составьте план обследования, лечения, вторичной профилактики.

3. На прием к дерматологу обратилась женщина 35 лет с жалобами на высыпания на коже кистей, туловища сопровождающиеся умеренным зудом.
- ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 2-х лет. Отмечала появление высыпаний на руках при использовании стирального порошка. Высыпания разрешались после применения кортикостероидных мазей. При повторных контактах с порошком высыпания появлялись вновь и носили более стойкий характер. В течение последних 3-х месяцев сыпь на кистях полностью не исчезает, несмотря на исключение контактов со стиральным порошком.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс симметричный, локализуется на коже тыльных поверхностей кистей, на предплечьях и туловище. Представлен очагами с нечеткими границами. В очагах на фоне ярко выраженной эритемы и отека множественные микровезикулы с серозным содержимым, эрозии, серозно-геморрагические корки, экскориации, мелкокапельное мокнущие. На предплечьях и коже туловища эритематозно-сквамозного характера элементы сыпи, единичные везикулы, экскориации.

ВОПРОСЫ:

Ваш предположительный диагноз.

С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
Принципы общей и наружной терапии (особенности наружного лечения при острых воспалительных процессах на коже, сопровождающихся мокнущим).

4. На прием к врачу обратился больной В., 28 лет, работает прессовщиком на мебельной фабрике. Жалуется на высыпания в области кистей, сопровождающиеся зудом. Первые элементы появились полтора года назад, через 2 месяца после начала работы прессовщиком. Заболевание связывает с контактом с мочевинформальдегидными смолами (на производстве). Обращался к дерматологу, который лечил присыпкой, гормональными мазями, процесс регрессировал. Рецидивы с каждым разом становились все продолжительнее. При осмотре: Очаги поражения локализуются на тыльной стороне кистей, симметричные. На фоне эритемы с нечеткими границами имеются папулы, везикулы, многочисленные эрозии, чешуйки, корочки, трещины. Мокнущие по типу "серозных колодцев".

ВОПРОСЫ:

Ваш предположительный диагноз? Что необходимо сделать для подтверждения диагноза? Составьте план обследования, лечения и профилактики. Первая помощь. Выпишите рецепты.

5. На прием к дерматологу обратился больной 18 лет с жалобами на высыпания в области живота, бедер, сопровождающиеся зудом, усиливающимся в ночное время.
- ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение недели, когда впервые заметил высыпания в области живота, бедер, сопровождающиеся зудом. В семье все здоровы. Больной ведет беспорядочную половую жизнь.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, с локализацией на переднебоковых поверхностях туловища, животе, внутренней поверхности бедер, в области половых органов. Высыпания представлены множественными папулезно-везикулезными элементами, геморрагическими корочками, линейными экскориациями. На локтях гнойные и геморрагические корочки.

ВОПРОСЫ:

Поставьте диагноз.

Дополнительные исследования для установления диагноза.

Назначьте лечение (выпишите рецепты).

Профилактические мероприятия.

6. Больная 47 лет, завуч средней школы, обратилась на прием к врачу в КВД с жалобами на наличие высыпаний на коже туловища, верхних и нижних конечностей, отек и мокнущие на коже живота, жжение и зуд, усиливающийся по ночам.
- ИЗ АНАМНЕЗА. Больная в течение 8 месяцев, когда впервые появились высыпания, наочной зуд. Начало заболевания связывает с тем, что во время командировки спала на несвежей простыне в гостинице. Лечилась в участковой больнице с диагнозом "аллергический" дерматит: глюконат кальция внутримышечно, антигистаминные препараты, ТКС. Эффект от лечения был незначительный и кратковременный. В течение 8 месяцев несколько раз были обострения, кожный процесс прогрессировал. Месяц назад на коже живота появилось покраснение, мокнущие, гнойнички.
- ОБЪЕКТИВНО: на коже боковой поверхности туловища и живота справа имеется очаг с резкими границами, размерами 18x25 см. На фоне яркой эритемы и отека видны микровезикулы, точечное мокнущие, милиарные папулы, чешуйки, корочки серозного и серозно-гнойного характера, лихенификация. На коже туловища, за пределами очага, видны милиарные папулы, везикулы, корочки геморрагического и гнойного характера, гиперпигментированные пятна. Некоторые высыпания располагаются попарно.
- ВОПРОСЫ:
- Ваш предположительный диагноз?
- Что нужно сделать для уточнения диагноза?
- Составьте план лечения, вторичной профилактики и первичной помощи данной больной.
7. Мужчина, 45 лет, по профессии строитель, обратился к дерматологу с жалобами на высыпания на лице в области усов и бороды.
- АНАМНЕЗ. Считает себя больным в течение года. К врачу не обращался, лечился самостоятельно различными наружными спиртосодержащими растворами без существенного эффекта. После применения горячего компресса (по совету соседки) количество сыпи резко увеличилось. Сопутствующие заболевания: хронический ринит.
- ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре: на коже лица в области бороды и усов на фоне незначительной гиперемии множественные рассеянные фолликулярные пустулы, пронизанные волосом в центре, местами за счет перифолликулярного воспаления образующие сливные очаги, покрытые гнойными корками. Субъективно незначительная болезненность
- ВОПРОСЫ:
- О каком заболевании идет речь?
- Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
- Дифференциальный диагноз?
- Какое обследование необходимо?
- Какое лечение показано?
8. 55 - летний мужчина, светлокожий (I фототип по Фитцпатрику), работающий в сфере строительства, обратился к дерматологу с жалобами на приливы и покраснение лица, существующие много лет.
- АНАМНЕЗ. В течение последних лет пациент отмечал появление «прыщей» и «неровностей» на коже щек и носа, преимущественно в центральной части лица. Также отмечались усиливающиеся «приливы», с каждым разом, становившиеся все интенсивнее, сопровождающиеся ощущением жара и жжения. Пациент отметил, что кожа носа стала более толстой, грубой. Со слов жены, покраснение лица усиливается при употреблении утреннего кофе, после работы и, особенно, после вечернего бокала вина. Пациент указывал, что длительное время подвергался УФ облучению, что связано

с родом его деятельности, а также отмечал, что редко использовал солнцезащитный крем.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре – на фоне центрофациальной эритемы, без признаков шелушения, множественные телеангиектазии, около десяти папуло-пустулезных элементов, гиперплазия сальных желез, утолщение кожи в центральной части лица. Кожа носа рыхлой текстуры, расширенные поры, незначительная деформация носа. Пациент был осмотрен окулистом. При офтальмологическом обследовании выявлено умеренный отек и шелушение краев век, умеренная конъюнктивальная инъекция

ВОПРОСЫ:

О каком заболевании идет речь?

Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?

Какое лечение показано больному?

Какие меры предупреждения обострения?

9. 29 - летняя пациентка обратилась к дерматологу с жалобами на высыпания на коже лица, существующие несколько лет.

АНАМНЕЗ. Пациентка указала, что в течение подросткового периода страдала от акне умеренной тяжести, которые самопроизвольно разрешились во время высыпаний. Тем не менее, в течение последних двух лет, она снова стала отмечать появление высыпаний на лице, сопровождающихся постоянным покраснением лица. Многочисленные лекарственные препараты, которое она использовала для терапии «акне» зачастую ухудшали состояние кожи, вызывая ощущение сухости и раздражения. Декоративная косметика, наносимая для камуфлирования высыпаний и покраснения, также вызывала раздражение. Пациентка указывала, что состояние кожи ухуддалось после солнечного облучения, тепла и стресса, а также что употребление красного вина провоцировало «приливы» и покраснение. Отрицает использование топических кортикоステроидов на кожу лица.

Пациентка не беременна, не кормит грудью, принимает КОК.
ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре выявлена заметная эритема, поражающая нос, медиальные зоны щек, подбородок. В тех же областях отмечались разрозненные папулы и пустулы; кожа шеи, груди и спины - свободны от высыпаний. На щеках отсутствовали; конъюнктива и ресничный край без патологии.

ВОПРОСЫ:

О каком заболевании идет речь?

Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?

Какое лечение показано?

Какие меры профилактики обострений?

10. 56 - летняя женщина с высыпаниями на лице направлена на консультацию ревматологами для исключения диагноза «красная волчанка»

АНАМНЕЗ. Высыпания на лице появились 6 месяцев назад, в мае, и постепенно прогрессировали. Субъективно сопровождались минимальными ощущениями раздражения и периодическим зудом. Других высыпаний не отмечала. Использовала множество наружных препаратов для лечения акне, включающих бензоила пероксид, а также кратковременно топические глюкокортикоиды средней степени активности. Пациентка указывала, что страдала от кистозных акне с без клинического эффекта. Получала топическую и системную терапию, но системные подросткового возраста.

ретиноиды не получала. Пациентка считает, что юношеские высыпания акне «трансформировались» в ее настоящие высыпания. В анамнезе остеоартрит, а также отмечено повышение антинуклеарных антител, оставшееся необъясненным.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре: отечная эритема в форме бабочки, охватывающая области щек и носа. На поверхности эритемы – единичные дискретные папулы, пустулы. Шелушения нет. При осмотре кожи волосистой части головы, ушных раковин и переносицы высыпаний не выявлено. Гирсутизм в области верхней губы и бакенбардов. На коже груди и спины повышенного оволосения не выявлено; оволосение лобка по женскому типу. Аlopеции нет.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ. Клинический анализ крови и общий анализ мочи без патологических изменений. Повышение АНА (антинуклеарных антител) до 1:320, мелкогранулярное свечение. Антитела к двусpirальной ДНК, Smith, Ro (SS-A), и La (SS-B) были отрицательны.

Уровни дигидроэпиандростерона-сульфата, свободного и связанного тестостерона и пролактина были в норме. Уровни ФСГ и ЛГ были повышенены в соответствии с менопаузальной нормой.

ВОПРОСЫ:

О каком заболевании идет речь?

Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?

Какое лечение показано?

11. Мужчина, 45 лет, по профессии строитель, обратился к дерматологу с жалобами на высыпания на лице в области усов и бороды.

АНАМНЕЗ. Считает себя больным в течение года. К врачу не обращался, лечился самостоятельно различными наружными спиртосодержащими растворами без существенного эффекта. После применения горячего компресса (по совету соседки) количество сыпи резко увеличилось. Сопутствующие заболевания: хронический ринит.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре: на коже лица в области бороды и усов на фоне незначительной гиперемии множественные рассеянные фолликулярные пустулы, пронизанные волосом в центре, местами за счет периболликулярного воспаления образующие сливные очаги, покрытые гнойными корками. Субъективно незначительная болезненность

ВОПРОСЫ:

О каком заболевании идет речь?

Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?

Дифференциальный диагноз?

Какое обследование необходимо?

Какое лечение показано?

12. На прием к дерматологу обратилась мать с сыном шести лет с жалобами высыпания в области подбородка сопровождающиеся незначительным зудом.

АНАМНЕЗ. Ребенок болен в течение 5 дней. Первоначально на подбородке появилось покраснение, затем пузырь с гноевым содержимым, который через некоторое время превратился в неровную корку медового цвета. Мать смазывала кожу в очаге поражения топическим глюкортикоидом, однако на фоне лечения продолжали появляться новые высыпания, в связи, с чем мать обратилась к врачу. Ребенок посещает детский сад. Из расспроса матери выяснено, что у двух детей в группе имеются на коже подобные высыпания.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. На коже подбородка на фоне эритемы имеются слоистые корки медово-желтого цвета. По периферии основного очага отмечаются единичные мелкие фликтены. На коже правого носового хода корки желтого цвета.

ВОПРОСЫ:

О каком заболевании идет речь?

Какое обследование необходимо?

Какое лечение показано?

Какие профилактические мероприятия необходимы?

13. На прием к врачу обратился 16-летний подросток с жалобами на высыпания на коже лица, груди, спины.

АНАМНЕЗ. Считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые появились высыпания на коже лица. Использовал салициловую болтушку, дегтярное мыло, топические антибиотики, бензоила пероксид, адапален. На фоне терапии отмечался слабоположительный, но кратковременный эффект. Высыпания появились на коже груди, спины, в связи, с чем и обратился.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, с преимущественной поражением кожи лица, груди и верхней трети спины. На фоне жирной кожи – обилие открытых и закрытых комедонов, множественные папулоностулезные элементы, единичные узлы.

ВОПРОСЫ:

Сформулируйте диагноз

Назначьте соответствующее лечение.

Какое обследование необходимо?

14. Больная П., 62 года, поступила в стационар с жалобами на повышение температуры тела до 38 °C, слабость, влажный кашель, высыпания на коже корпуса, конечностей, сопровождающиеся сильным зудом.

АНАМНЕЗ. Считает себя больной в течение 9 дней, когда на фоне резкого подъема температуры до 39 °C, появился озноб, слабость, мышечные боли, головная боль, першение в горле, сухой кашель. В течение 3 дней лечилась домашними средствами, без эффекта. На 4-й день заболевания обратилась в поликлинику, где был поставлен диагноз грипп и назначено лечение: жаропонижающие, содержащие парацетамол, и отхаркивающие средства, аскорбиновая кислота, обильное питье. На фоне проводимого лечения самочувствие больной улучшилось. Однако на 8-й день заболевания – вновь повышение температуры тела до 37.5°C и появление высыпаний коже нижних конечностей. В дальнейшем, высыпания быстро распространялись на кожу туловища и верхних конечностей.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, с преимущественной локализацией на коже голеней, бедер, предплечий, живота и верхней трети спины. Высыпания представлены эритематозными элементами, с гладкой поверхностью, до 4 см в диаметре, местами сливающиеся между собой. При осмотре слизистой рта обнаружены мелкие эрозии на слизистой щек и десен.

ВОПРОСЫ:

Сформулируйте диагноз.

Назначьте соответствующее лечение.

Какие рекомендации следует дать больной.

15. Девушка 22 лет обратилась к дерматовенерологу с жалобами на обильные гнойные выделения из влагалища, жжение, болезненность при мочеиспускании, болезненность при половом акте, боли при глотании.

ИЗ АНАМНЕЗА заболевания известно, что первые симптомы заболевания появились через 5 дней после незащищенного генитального и орального полового контакта с малознакомым половым партнером. Сначала возник зуд и жжение в области влагалища, затем через 1-2 дня появились вышеупомянутые симптомы. Не

обследовалась, не лечилась. В связи с прогрессированием симптомов заболевания больная обратилась на 7 день к дерматовенерологу.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. В результате осмотра определяется умеренная гиперемия в области наружных половых органов, мацерация в складках со слизисто-гнойным отделяемым. При осмотре на зеркалах – выраженная гиперемия, отек слизистой влагалища, диссеминированные (местами кровоточащие) эрозии, обильное гнойное отделяемое; из канала шейки матки гнойное отделяемое, эрозии. Нёбные миндалины гиперемированы, отёчны, гнойное отделяемое из лакун, определяется двустороннее увеличение углочелостных лимфоузлов, их болезненность при пальпации. Кожа и видимые слизистые в других областях без патологических изменений.

При лабораторном обследовании в мазках из влагалища окрашенных по Граму обнаружен гонококк.

ВОПРОСЫ:

Какие синдромы выявлены у данной пациентки?

Какой диагноз у пациентки, алгоритм обследования и терапии?

Каковы критерии излеченности и комплекс мероприятий после завершения терапии?

16. Мужчина 32 лет обратился к дерматовенерологу с жалобами на обильные гнойные выделения из уретры, жжение, болезненность при мочеиспускании (более выраженная в начале), болезненность при половом акте.

ИЗ АНАМНЕЗА заболевания известно, что первые симптомы заболевания появились через 5 дней после незащищенного полового контакта с непостоянным половым партнером (женщиной). Симптомы развивались крайне быстро - за одни сутки. Не обследовался, не лечился. В связи с прогрессированием симптомов заболевания больной обратился на 7 день к дерматовенерологу.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. В результате осмотра определяется отёк и гиперемия в области губок уретры, обильное гнойное отделяемое из уретры, определяемое повторно уже через 30 минут после мочеиспускания. Пальпация уретры болезненное. Кожа и видимые слизистые в других областях без патологических изменений.

При лабораторном обследовании в мазках из уретры окрашенных по Граму обнаружен гонококк.

ВОПРОСЫ:

Какие синдромы выявлены у данного пациента?

Какой диагноз у пациента, алгоритм обследования и терапии?

Каковы критерии излеченности и комплекс мероприятий после завершения терапии?

17. Мужчина – пассивный гомосексуалист 28 лет обратился к дерматовенерологу с жалобами на скудные слизисто-кровянистые выделения из ануса, зуд и жжение в прямой кишке, болезненность при дефекации.

ИЗ АНАМНЕЗА заболевания известно, что первые симптомы заболевания появились через 7 дней после незащищенного анального полового контакта с непостоянным половым партнером. Первоначально беспокоили зуд, жжение. Через 2-3 дня появились выделения из прямой кишки, боль при дефекации. Не обследовался, не лечился. В связи с прогрессированием симптомов заболевания больной обратился на 13 день к дерматовенерологу.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. В результате осмотра определяется отёк и гиперемия в области ануса, скудные слизисто-гнойные выделения из ануса. При пальцевом ректальном исследовании болезненность, на перчатке определяется отделяемое из кишки слизисто-гнойного и слизисто-геморрагического характера. Кожа и видимые слизистые в других областях без патологических изменений.

ВОПРОСЫ:

Какие синдромы выявлены у данного пациента?

Какой предварительный диагноз у пациентки?

Какой алгоритм исследования и терапии у данного пациента?

18. У пациента К. 34 лет внезапно появилась боль в горле при глотании. Участковый терапевт поставил диагноз «ангина» и назначил прием тетрациклина без заметного эффекта. Через 10 дней на видимо здоровой коже туловища появились пузьри с серозным содержимым округлой формы, до 1 см в диаметре. Со слов больного появление пузьрей сопровождалось легким зудом. Высыпания были расценены дерматологом как «буллезная токсикодермия», предположительно, вследствие приема тетрациклина. Лечение тетрациклином было отменено, назначен прием 30 мг преднизолона. Через 20 дней ввиду существенной положительной динамики дозу преднизолона начали снижать, однако, на фоне приема 1 таблетки высыпания и жалобы возобновились.

ВОПРОСЫ:

Составьте план обследования пациента.

Перечислите ошибки дерматолога в данной ситуации.

19. Пациентку Л. 36 лет в течение 4 лет беспокоят высыпания, сопровождающиеся существенным зудом. Процесс носит волнообразный характер. По рекомендациям врачей получала инъекции глюконата кальция, тиосульфата натрия, капельное введение гемодеза, принимала антигистаминные препараты, энтеросорбенты, аэвит. Эффект от терапии не отмечает. Единственное, что незначительно кратковременно снижало зуд -- применение кортикоステроидных мазей. В момент осмотра на передней поверхности бедер, на разгибательной поверхности предплечий имеются участки, на которых располагаются розоватые пятна, папулы до 5 мм в диаметре, мелкие точечные и линейные геморрагические корки, мелкие поверхностные рубцы.

ВОПРОСЫ:

Какой диагноз наиболее вероятен?

Ваши назначения.

20. Больной С. 55 лет. Жалобы на высыпания на коже нижних конечностей, сопровождающиеся выраженным зудом, отечность обеих голеней. Больным себя считает в течение 2,5 лет. Некоторые высыпания за это время разрешились. Работает стеклодувом. 12 лет назад было рожистое воспаление правой голени, 5 лет назад -- холецистэктомия. Объективно: на передней поверхности обеих голеней имеются крупные розовато-серые папулы диаметром 1,5 – 2,5 см неправильной формы, заметно возвышающиеся над уровнем кожи, поверхность их неровная, местами бородавчатая, на некоторых -- экскориации. Кроме того имеются сходные по размерам гиперпигментированные пятна, и участки атрофии.

ВОПРОСЫ:

Какой диагноз наиболее вероятен?

Назначьте лечение.

21. На прием обратилась больная 47 лет с признаками поражения кожи крупных складок, а также слизистых оболочек полости рта и половых органов. Больная тучная, весит 118 кг, страдает сахарным диабетом. В течение двух последних недель принимала антибиотики по поводу обострения хронического бронхита. Объективно: в кожных складках отмечается гиперемия, мацерация эпителия с образованием эрозий, белесоватые налеты по краям эрозий. Слизистая полости рта ярко-малинового цвета, язык обложен сероватым налетом, на слизистой щек также отмечаются творожистые налеты, легко снимающиеся с помощью шпателя, в углах рта -- эрозии с обрывками эпидермиса. В области вульвы отмечается выраженная гиперемия с обрывками эпидермиса.

перемия, захватывающая большие и малые половые губы, при осмотре слизистой влагалища и шейки матки определяется большое количество творожистых выделений, гиперемия и отечность стенок, эрозии.

ВОПРОСЫ:

О каком диагнозе следует думать?

Какие лабораторные исследования необходимо провести?

Общее и местное лечение данного заболевания.

22. На прием к дерматологу обратилась больная 42 лет, кондитер, с жалобами на зуд и жжение в области межпальцевых складках кистей.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течении 2-х месяцев. В складке между 3 и 4 пальцами правой кисти первоначально появились вялые пузырьки, которые быстро вскрылись, и образовалась эрозия. Занималась самолечением, смазывала кожу в очаге поражения флуцинаром. Лечение было неэффективным. Из сопутствующих заболеваний отмечает сахарный диабет легкой степени.

ОБЪЕКТИВНО. В третьей межпальцевой складке правой кисти имеется эрозия розово-красного цвета с умеренно-мокнущей, гладкой, блестящей поверхностью, резко ограниченная от здоровой кожи. По периферии эрозии видны обрывки мацерированного эпидермиса, имеющего перламутровый оттенок. В глубине межпальцевой складки имеется трещина.

ВОПРОСЫ:

Ваш предположительный диагноз?

План лечебно-профилактических мероприятий.

23. На прием к дерматологу обратилась мать с ребенком 7 лет, у которого на волосистой части головы она обнаружила очаг выпадения волос. При осмотре на волосистой части головы определяется очаг размером 2 см в диаметре, в котором волосы представляются как бы «неаккуратно выстриженными» с пеньками сероватого цвета, кожа обильно шелушится, по периферии очага определяется зона легкой гиперемии. При люминесцентном исследовании обнаружено зеленоватое свечение.

ВОПРОСЫ:

Какое заболевание можно предположить?

Какие лабораторные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Кто может служить источником заражения данного ребенка?

Перечислите карантинные мероприятия в детском саду.

24. На прием к врачу обратился больной 43 лет с жалобами на зуд, сухость, шелушение кожи стоп. Заболел три года назад, когда заметил сухость кожи стоп, трещины. Заболевание связывает с повышенной потливостью стоп, так как работать приходится в цехе с высокой температурой воздуха. Мостся ежедневно после смены в общей душевой, дезинфекция которой, как удалось выяснить, не проводится. В настоящее время процесс носит стойкий характер, распространяется на тыл стоп. Сопутствующие заболевания – находится на учете у эндокринолога по поводу дисфункции надпочечников.

ОБЪЕКТИВНО: Поражены все межпальцевые складки обеих стоп: шелушение, трещины, кожа подопив сухая, отчетливо видны кожные борозды, в которых отмечается хорошо выраженное муковидное шелушение. Процесс распространяется также на тыльные и боковые поверхности стоп и пальцев. Подобные очаги имеются на ягодицах, в паховой области.

ВОПРОСЫ:

Ваш предположительный диагноз?

Лечебные мероприятия.

25. К врачу обратился молодой человек с жалобами на выпадение волос. Объективно: в области затылка, висков, бороды имеются очажки полного облысения диаметром 1-1,5 см., округлых очертаний. Кожа в очагах гладкая, шелушения и воспаления нет. В квартире больного имеется кошка с котятами.

ВОПРОСЫ:

При каких заболеваниях может наблюдаться подобная клиническая картина?

Какие лабораторные исследования уточнят диагноз?

Какова тактика врача в данном случае?

26. На прием к врачу родители привели девочку 6 лет. Они обеспокоены неправильным развитием костей нижних конечностей, частыми головными болями и недостаточным развитием интеллекта. Родилась вне акушерского стационара, развивалась, не отставая в физическом развитии от сверстников. Часто болела простудными заболеваниями. устанавливался диагноз рахита.

ОБЪЕКТИВНО: кожный покров без высыпаний. Лимфоузлы не увеличены. Обращают на себя внимание деформированные нижние конечности (искривление голеней кпереди). Интеллект не соответствует возрасту. Снижена память.

ВОПРОСЫ:

Ваш предположительный диагноз?

Тактика для его подтверждения.

27. На прием к педиатру обратилась женщина с ребенком, у которого на слизистой полости рта неделю назад появились напулезные высыпания. Ребенку 2 месяца. При осмотре на ладонях, на слизистой полости рта в области щек напулы; заложенность носа, насморк. Мать обследовалась в первой половине беременности.

ВОПРОСЫ:

Предположительный диагноз.

Тактика врача – педиатра.

Дальнейшая тактика врача – венеролога для подтверждения диагноза.

28. Мужчина 35 лет обратился с жалобами на воспаление в области рубца на лбу после автомобильной аварии, произошедшей 4 месяца назад.

Из анамнеза известно, что 4 месяца назад попал в автомобильную аварию, в результате которой лбом ударился о лобовое стекло и рассек кожу. Рана зажила самостоятельно. хирургическая обработка не проводилась.

При осмотре на лбу – гипертрофический рубец линейной формы до 3 см в длину, красно-коричневатого цвета, при витропресии – симптом «яблочного желе» положительный. Других высыпаний на коже нет. Рентгенография органов грудной клетки – без патологических изменений.

ВОПРОСЫ:

О каком заболевании идет речь?

Обоснуйте Ваш диагноз.

Ваша лечебная тактика.

29. Мужчина 60 лет обратился с жалобами на высыпания в ягодичной области, которые существуют несколько лет, постепенно увеличиваясь в размерах. Сыпь представлена бугорками, которые образуют кольцевидный очаг с периферическим ростом. В центральной части очага атрофичная кожа собирается в складку наподобие смятой папиросной бумаги.

ВОПРОСЫ:

Ваш вероятный диагноз.
Обоснуйте Ваше заключение.

30. К дерматологу обратился пациент, 40 лет, с округлой формы пятнами белого цвета с едва заметным сиреневым ободком по периферии на коже верхней трети спины. Центральная часть очагов поражения чуть светлее, поверхность слегка поблескивает. При пальпации отмечается незначительное уплотнение кожи.

ВОПРОСЫ:

Предположительный диагноз и его обоснование.

Врачебная тактика (план обследования, лечения, ведения больной).

31. Больная, 56-ти лет. Около 5 лет беспокоит зуд в области наружных половых органов. Менструации прекратились в 50 лет.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре гениталий отмечена легкая атрофия малых половых губ, на поверхности которых отмечаются белесоватые очаги поражения, с мелкофестончатыми границами и неярко выраженным узким ободком застойно-розового цвета. Кожа в очагах поражения сглажена, суховата и еле уловимо уплотнена. Очаги поражения распространяются частично на промежность. Вокруг ануса - нечеткое уплотнение, сухость, мелкая складчатость и легкое поблескивание кожи. при осмотре кожи туловища на передней поверхности грудной клетки (на медиальной и нижней поверхности молочных желез, имеются очаги поражения, состоящие из частично сливающихся мелких (до 2-3 мм) белесоватых плоских папулоподобных элементов с сухой поверхностью и узким (до 1 мм) ободком сиреневатого цвета.

ВОПРОСЫ:

Предположительный диагноз и его обоснование.

Врачебная тактика (план обследования, лечения, ведения больной).

Прогноз.

32. В стационар поступила пациентка 57-ми лет, страдающая диффузным уплотнением кожи туловища, проксимальных отделов верхних и, в меньшей степени, нижних конечностей.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Очаги уплотнения беловато-желтоватого цвета, без четких границ. Считает себя больной около 1,5 лет. Беспокоит слабость.

ВОПРОСЫ:

Предположительный диагноз и его обоснование.

Врачебная тактика (план обследования, лечения, ведения больной).

Прогноз.

33. Ребенок 10 лет, болен с младенчества: покраснение ладоней и подошв, позднее постепенно - утолщение и орогование кожи той же локализации и распространение поражения на боковые участки кистей и стоп на указанных участках - роговые наслаждения желтовато-буроватого цвета, местами - небольшие трещины. Повышенная потливость кистей и стоп. Ребенок несколько отстает в физическом и умственном развитии.

ВОПРОСЫ:

Предположительный диагноз и его обоснование.

Причина возникновения болезни

Врачебная тактика (план обследования, лечения, ведения больной)

Прогноз

34. Больная Д., 44 лет. С 19 лет появились высыпания, постепенно распространявшиеся по всему кожному покрову. При осмотре: множественные опухолевидные образования и пигментные пятна цвета кофе с молоком на туловище и конечностях.
Гистологически: в эпидермисе и дерме - пролиферация клеточных элементов, резко выраженная регенерация и дегенерация нервных волокон (при дополнительной окраске - многочисленные пучки нервных волокон со вздутиями и вакуолями; многие из них фрагментированы и находятся в стадии зернистого распада).
У дочери с 16 лет – аналогичные высыпания.
- ВОПРОСЫ:**
- Предположительный диагноз и его обоснование.
Тип наследования.
Врачебная тактика (план обследования, лечения, ведения больной).
Течение болезни.
Прогноз.
35. Больная 45 лет., вес 105 кг, рост 156 см. Распространенный бляшечный псориаз. BSA - 19; PASI - 28,5. Ранее получала UVB - терапию, метотрексат - 15 мг в неделю. Эффект от терапии минимальный. Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь - 2 ст., СД - 2 тип. ВОПРОСЫ:
Составьте план лечения, обоснуйте назначение препаратов.
36. Больной 43 лет. Псориатическая эритродермия, развившаяся на фоне бляшечного псориаза после длительного пребывания пациента на солнце.
- ВОПРОСЫ:**
Назначьте терапию.
37. Больная 21 года. Каплевидный псориаз. Высыпания появились после переохлаждения, повышения температуры до 38,5, и появления боли в горле.
- ВОПРОСЫ:**
Составьте план обследования и лечения.
38. У больной 47 лет ограниченный псориаз волосистой части головы.
- ВОПРОСЫ:**
Назначьте необходимую терапию.
39. К Вам на прием пришел пациент 34 лет, с высыпаниями на волосистой части головы, локтях, коленях. Красные инфильтрированные бляшки, покрытые серебристо-белыми чешуйками. Более всего его беспокоит «перхоть», и то, что не может носить черную одежду.
- ВОПРОСЫ:**
Какие исследования необходимо провести, какие вопросы задать, чтобы правильно поставить диагноз.
40. 48-летний мужчина агроном поступил в клинику с жалобами на высыпания на лице. Болен около шести лет, когда через несколько месяцев после травмы стружкой на коже правой щеки стали появляться не зудящие красноватые папулы, которые сливаясь образовали монетовидную бляшку. Предварительный диагноз - вульгарная волчанка был поставлен на основании гистологического исследования. В течение одного года пациенту было проведено противотуберкулезное лечение, которое было без эффекта. Повторная биопсия выявила в гистологическом препарате в центре инфекционной гранулемы большое количество «склеротических клеток».
- ВОПРОСЫ:**

Ваш диагноз и лечение.

41. Больная В., 1938 г.р., обратилась с жалобами на изменение ногтевых валиков, цвета ногтевых пластин I пальца правой кисти и III пальца левой кисти, а также на покраснение кожи стоп, зуд.

ИЗ АНАМНЕЗА: в 3 месяца назад лечилась у хирурга по поводу панариция I пальца правой кисти.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Ногтевые валики отечны, гиперемированы, болезненны. Свободные края ногтевых пластин желтого цвета. При культуральном исследовании материала с ногтевых валиков кистей выявлены *Candida albicans* и *S. epidermidis*.

ВОПРОСЫ:

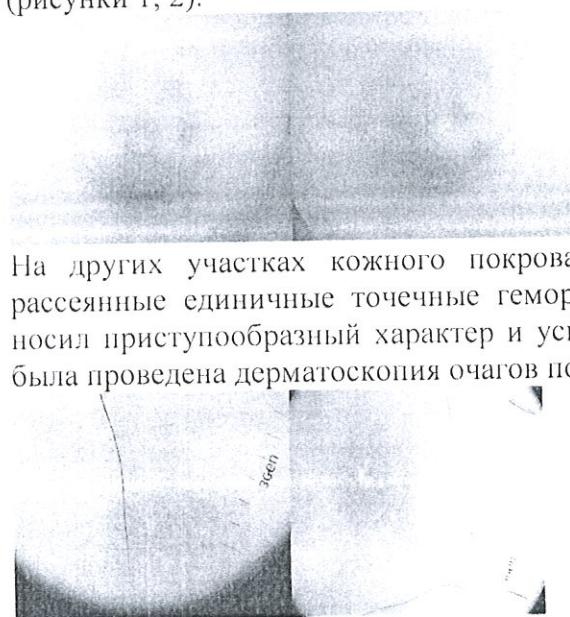
Ваш диагноз?

Назначьте лечение.

42. Девушка 26 лет обратилась к дерматологу с жалобами на сильный зуд кожи тулowiща, конечностей, а также появление высыпаний на сосках и ореолах молочных желез.

ИЗ АНАМНЕЗА заболевания известно, что первые симптомы заболевания появились около полугода до момента обращения к дерматологу. Сначала возник зуд кожи кистей и запястьев, затем через какое-то время он стал носить генерализованный характер. По поводу появления зуда пациентка прошла обследование и лечение у аллерголога. В результате проведенного аллергологического обследования, постановки кожных проб никаких отклонений выявлено не было. Наличие кожного зуда врачом аллергологом было расценено, как проявление выраженной сухости кожи и чрезмерно частого применения пациенткой моющих средств. Со слов пациентки, она принимала душ 2–3 раза в день, т.к. является послушницей при монастыре и оказывает помощь бездомным и нищим. С целью купирования зуда аллергологом был назначен атаракс (Hydroxyzine) в дозе 25 мг в сутки, а также рекомендовал применять средства для ухода за кожей. Эффекта от проводимой терапии пациентка не отмечала. Через 2 месяца после начала заболевания на сосках и ореолах молочных желез появились сильно зудящие розоватого цвета узелковые высыпания. Аллергологом был поставлен диагноз экзема облегчения не принесло. Только через полгода после появления первых симптомов заболевания больная обратилась к дерматологу.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. В результате осмотра были выявлены мягко эластичные узелковые розового цвета высыпания на ореолах молочных желез, диаметром до 0,5 см. (рисунки 1, 2).



На других участках кожного покрова (животе, ягодицах, локтях) располагались рассеянные единичные точечные геморрагические корочки. Со слов пациентки зуд носил приступообразный характер и усиливался в вечернее и ночное время. Больной была проведена дерматоскопия очагов поражения (рисунки 3, 4).

ВОПРОСЫ:

Что было выявлено при дерматоскопии?

Какой диагноз у пациентки?

Какие лекарственные препараты применяются при данной патологии?

43. Женщина 55 лет обратилась с жалобами на появление миожественных болезненных пятен и пузырей на туловище, верхних и нижних конечностях.

ИЗ АНАМНЕЗА. Заболевание началось с повышения температуры до 38,6°C, симптомов общей интоксикации. Одновременно с этим больная отметила появление зудящих сгруппированных пузырьков на верхней губе. В течение последующих 6 часов у больной появились сначала пятна красного цвета, а затем на их месте появились пузыри.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При визуальном осмотре было установлено, что процесс носил распространенный характер. На верхней губе располагалась эрозия с полициклическими очертаниями, покрытая серозной корочкой. На коже туловища, верхних и нижних конечностей располагались отечные пятна и пузыри с плотной напряженной покрышкой. Некоторые из высыпаний элементов имели вид мишеней (рис.).



ВОПРОСЫ:

О каком заболевании идет речь?

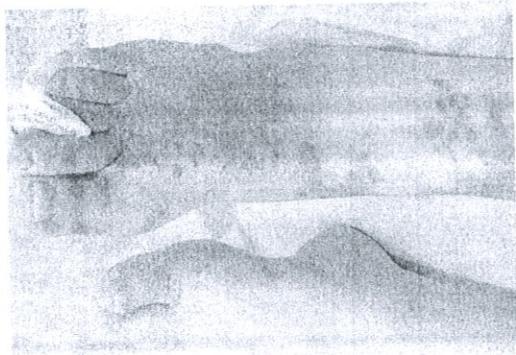
С чем Вы можете связать появление высыпаний?

Ваша тактика при назначении лечения, если известно, за последние полтора года это третий эпизод появления высыпаний?

44. Мужчина 69 лет на момент обращения к дерматологу был болен около 2 лет.

ИЗ АНАМНЕЗА. Первые проявления заболевания в виде синюшно коричневатых пятен на стопах появились после операции (щунтирование) на сосудах нижних конечностях. Постепенно количество высыпаний увеличивалось, некоторые из пятен трансформировались в бляшки, узлы и опухолевидные образования. Больной всё время после оперативного вмешательства наблюдался хирургами. Ему неоднократно назначались препараты, влияющие на реологические свойства крови, противоотечные средства, наружные препараты: мазь троксевазин, гепариновый гель, мазь солкосерил. Несмотря на постоянно проводимую терапию, высыпания продолжали прогрессировать: процесс охватил обе стопы и голени, появились синюшные пятна на кистях. В связи с этим больной был направлен к дерматологу для установления диагноза.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носил распространенный характер, охватывал дистальные отделы конечностей: стопы, голени и кисти. Наблюдался ложный полиморфизм. Высыпания были представлены безболезненными пятнами, бляшками, узлами и опухолевидными разрастаниями мягко эластичной консистенции. На разных участках кожного покрова цвет высыпаний варьировал от синюшно коричневатого до



фиолетово коричневого цвета. На некоторых очагов поражения имелись участки гиперкератоза. Больному было проведена диагностическая биопсия кожи и выполнено гистологическое исследование кожи. В гистологическом препарате выявлены следующие изменения: пролиферация веретенообразных клеток, образующих переплетающиеся солидные пучки; очаговые периваскулярные, и вокруг пучков веретенообразных пучков лимфогистиоцитарные инфильтраты с примесью плазматических клеток. По периферии очагов наблюдаются участки, напоминающие кавернозные гемангиомы, представленные сформированными сосудистыми полостями, разделенными тонкими соединительноткаными перегородками. Присутствуют экстравазаты эритроцитов, а также сидерофаги.

ВОПРОСЫ:

О каком заболевании идет речь? Какие варианты этого заболевания существуют? Какие дополнительные исследования необходимо провести? Какова тактика терапии этой патологии?

45. Пациент Б. 56 лет первый раз обратился за медицинской помощью к дерматологу в 2001 году.

ИЗ АНАМНЕЗА. Заметил появление розового цвета, вытянутой формы пятна в левой подмышечной ямке за 2 года до обращения к дерматологу. Так как появление пятна не сопровождалось никакими неприятными ощущениями, мужчина не спешил обращаться за медицинской помощью, и к дерматологу обратился по случаю. Он находился на лечении в терапевтическом стационаре по поводу гипертонической болезни и обратился к лечащему врачу с просьбой о консультации дерматолога. Из анамнеза заболевания было известно, что больной самостоятельно применял длительное время около 4 месяцев противогрибковые мази, чередуя их с глюкокортикоидными препаратами местного действия.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. При осмотре больного дерматолог обнаружил, что в левой подмышечной области располагается очаг неправильной вытянутой формы около 3 см в длину и 0,5 – 0,7 см в ширину, розового цвета, с четким приподнятым валикообразным краем. При близком рассмотрении было видно, что край имеет «зернистое» строение и состоит из мелких «жемчужных» папул. После осмотра дерматолог выдал больному направление в медицинское учреждение другого профиля.

ВОПРОСЫ:

Какое заболевание заподозрил у больного дерматолог?

К какому специалисту был направлен больной?

Какова тактика действий дерматолога при подозрении данного заболевания?

46. Женщина 55 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на острую «стреляющую» боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, которая отдавала в правую ягодицу. После осмотра и сбора анамнеза врач поставил диагноз: пояснично-крестцовый радикулит. Для купирования болей был назначен диклофенак. Кроме этого врач порекомендовал больной делать согревающие компрессы или нанести на кожу поясницы «йодную сетку». Больная вечером того же дня приняла назначенный

препарат и самостоятельно нанесла раствор йода на область наибольшей болезненности. Ночью больная почувствовала нестерпимую боль и жжение в месте нанесения йода. Осмотрев себя с помощью зеркала, она увидела высыпания, по поводу которых на следующий день обратилась к дерматологу.

У дерматолога женщина предъявила жалобы на сильную боль в области высыпаний. Она считала, что у нее аллергический дерматит на йод. При осмотре больной врачом были выявлены сгруппированные мелкие везикулезные высыпания с серозным содержимым. Кожа вокруг везикул была отечна и гиперемирована. Везикулы располагались на крестце и правой ягодице.

ВОПРОСЫ:

Был ли причиной развития данного процесса йод? О каком заболевании идет речь?

Какое лечение необходимо назначить больной, чтобы избежать неблагоприятных последствий заболевания?

47. Больной М. 65 лет обратился к дерматологу с жалобами на периодически возникающий зуд, распространенные высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, изменения ногтевых пластинок кистей и стоп.

ИЗ АНАМНЕЗА заболевания известно, что изменение ногтей на стопах существует со времени службы в армии, т.е. более 40 лет. Приблизительно с этого же времени у больного появились изменения на коже стоп в виде шелушения и периодически появляющихся трещин в межпальцевых складках обеих стоп. Больной самостоятельно в течение многих лет смазывал кожу стоп препаратом нитрофунгин, после применения которого отмечалось кратковременное улучшение. Появление высыпаний на коже туловища заметил за месяц до обращения к дерматологу. К врачу больной обратился по настоянию родных. Из анамнеза жизни обращает на себя внимание то, что около 5 лет назад у больного развилась бронхиальная астма, по поводу которой больной принимает длительное время преднизолон 5 мг/сутки .

ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОСМОТРЕ у больного выявлено поражение ногтевых пластинок стоп, кистей и распространенные высыпания на туловище, верхних и нижних конечностях. Ногтевые пластиинки были утолщены и деформированы за счет подногтевого гиперкератоза, цвет их изменен и варьировал от желтого до грязно-серого. На подошвах и ладонях кожа была гиперемирована, имелись участки гиперкератоза, трещины, наблюдалось муковидное шелушение в складках кожи. Высыпания на передней грудной клетке, в пахово-бедренных складках, туловище, были представлены эритематосквамозными пятнами, бляшками и папулами, образующими при слиянии четко очерченные очаги. Очаги поражения по периферии были окраинены ярче, чем по центру и имели валикообразный четкий, а местами прерывистый край. Окружающая очаги поражения кожа не имела признаков воспаления.

ВОПРОСЫ:

О каком заболевании идет речь? Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?

Какие методы лабораторной диагностики необходимо использовать для подтверждения диагноза?

Какое лечение показано больному?

48. На прием обратилась больная 32 лет с жалобами на появление пятен на коже груди и спины, сопровождающихся незначительным зудом. Болеет в течение года.

ПРИ ОСМОТРЕ на коже груди и спины имеются множественные не- воспалительного характера пятна различной конфигурации и размеров, желтовато-бурового цвета с отрубевидным шелушением.

ВОПРОСЫ:

Ваш предположительный диагноз? Дополнительные исследования и лечение.

49. В женскую консультацию обратилась больная 25 лет с жалобами на сливкообразные выделения из половых органов, зуд и резкую болезненность при мочеиспускании. По профессии – учитель. Больной себя считает последние полгода, не замужем. При опросе больной было установлено, что зуд усиливается во время менструации. Перенесенные заболевания и операции – хронический тонзиллит, частые ОРВИ, лечение антибиотиками, сахарный диабет.

ОБЪЕКТИВНО: на слизистой оболочке вульвы и влагалища имеются налеты серо-белого цвета, резко ограниченные гиперемированной каймой. Налеты «сидят» плотно, слизистая оболочка в области поражения склонна к кровоточивости.

ДАННЫЕ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ: Нв 120 г/л, эр. $3,7 \cdot 10^{12/\mu\text{л}}$, Л $6,4 \cdot 10^{9/\mu\text{л}}$, Э. 1%. П. 1%, С.65%, лимф. 30%, мон. 3%, СОЭ 18 мм/ч.

Анализы мочи и кала в пределах нормы. Сахар крови – 7,5 ммоль/л, протромбиновый индекс 90%, реакция Вассермана и осадочные пробы отрицательные.

Микроскопически (трёхкратно) обнаружены псевдомицелий и почкующиеся клетки.

ВОПРОСЫ:

Ваш диагноз?

Достаточен ли объем проведенных исследований для подтверждения диагноза?

Лечение?

Меры профилактики?

50. Девушка 26 лет обратилась к дерматовенерологу с жалобами на слизисто-гнойные выделения из влагалища, жжение, болезненность при мочеиспускании. Из анамнеза заболевания известно, что первые симптомы заболевания появились через 14 дней после незащищенного полового контакта с малознакомым молодым человеком. Сначала возник зуд и жжение в области вульвы и влагалища, затем через 2-3 дня появились вышеупомянутые симптомы. Не обследовалась, не лечилась. В связи с прогрессированием симптомов заболевания больная обратилась на 5 день к дерматовенерологу.

В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСМОТРА определяется умеренная гиперемия в области наружных половых органов, мацерация в складках со слизисто-гноинм отделяемым. При осмотре на зеркалах – выраженная гиперемия, отек слизистой влагалища, диссеминированные (местами кровоточащие) эрозии, желтоватого цвета слизисто-гноиное отделяемое; из канала шейки матки слизисто-гноиное отделяемое, эрозии (рис.1). Кожа и видимые слизистые в других областях без патологических изменений.



ВОПРОСЫ:

Какие синдромы выявлены у данной пациентки?

Какой предварительный диагноз у пациентки?

Какой алгоритм исследования и терапии у данной пациентки?

5.3. Рекомендуемая литература

1. Биопсия и гистология кожи в практике дерматовенеролога: учебное пособие / К.И. Разнатовский, С.В. Скрек. – СПб.: СПБМАПО, 2008. – 36 с.
2. Болезни ногтей: учебное пособие для врачей / В.Г. Корнишева. – СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014. – 36 с.
3. Буллезные дерматозы: учебное пособие / С.К. Клибсон. – СПб.: СПБМАПО, 2006. – 48 с.

4. Вирусные инфекции в практике дерматовенеролога: учебное пособие / С.К. Клибсон. – СПб.: СПбМАПО, 2001 – 40 с.
5. Грэхем-Браун Р. Практическая дерматология: пер. с англ. / Р. Грэхем-Браун, Дж. Бурк, Т. Канлифф ; ред. Н. М. Шарова. - М. : МЕДпресс-информ, 2011. - 360 с. : ил.
6. Дерматовенерология. Национальное руководство. / под ред Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2014. – 1024 с.
7. Дерматовенерология: учебник / ред.: Е. В. Соколовский. - М. : Изд. центр "Академия". 2005. - 528 с.
8. Дерматозы ладоней и подошв: учебное пособие / К.И. Разнатовский, И.В. Куталия, С.К. Клибсон. – СПб.: СПбМАПО, 2008. – 44 с.
9. Дерматология в клинической практике: пер. с англ./ ред.: Э. Финлей, М. Чаудхри, Н. Н. Потекаев. - М. : Практическая медицина, 2011. - 208 с.: ил.
10. Дерматовенерология: клинические рекомендации / ред. : А. А. Кубанова. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2006. - 320 с.
11. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. \под редакцией Кацамбаса А. – М.: МЕДПРЕСС–ИНФОРМ, 2014. – 736 с. : ил.
12. Инфекционные заболевания кожи: учебное пособие / Е. А. Белова, О. С. Нечаева, С. Н. Гусева. - СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013. - 32 с.
13. Инфекционные и неинфекционные заболевания вульвы и влагалища: учебное пособие / А.К. Мирзабалаева, А.А. Вашкевич, Л.П. Котрехова. – СПб.: ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. – 44 с.
14. Климко Н. Н. Микозы: диагностика и лечение: руководство для врачей / Н. Н. Климко. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Ви Джি Групп, 2008. - 336 с.
15. Клиническая дерматовенерология: в 2 т. / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С.Бутова. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2009.–Т.1.
16. Клиническая дерматовенерология: рук. для врачей: в 2 т/ под ред . Ю.К. Скрипкина, Ю.С.Бутова. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2009.–Т.2.
17. Кожа и гормоны: учебное пособие / С.К. Клибсон. – СПб.: СПбМАПО, 2001. – 36 с.
18. Кубанова А. А. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней: атлас-справочник / А. А. Кубанова, В. Г. Акимова. - М. : Медицинское информационное агентство, 2009. - 304 с. : ил.
19. Лезвинская Е.М. Лимфопролиферативные опухоли кожи: руководство для врачей / Е. М. Лезвинская, А. М. Вавилов. – М.: Практическая медицина, 2010. – 366с. ил.
20. Лепра. Кожный лейшманиоз: учебное пособие / С. В. Ключарева, Л. А. Карякина, А. Б. Пирятинская . - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013. - 40 с.
21. Мазуров В. И. Врачебная тактика при псoriатическом артрите: учебное пособие / В. И. Мазуров, М. С. Петрова. - СПб. : 2010. - 50 с.
22. Микроспория (этиология, эпидемиология, клиника, лечение, профилактика): учебное пособие для врачей / В.Г. Корнишева. – СПб.: СПбМАПО, 2007. – 28 с.
23. Невусы: учебное пособие / С.К. Клибсон, А.П. Монахова. – СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014. – 44 с.
24. Натология волос и кожи волосистой части головы./ В.Г. Корнишева, Г.А. Ежков. -- СПб: Фолиант, 2012. – 200 с.: ил.
25. Разнатовский К.И., Баринова А.Н. Себорея и вульгарные угри: Эпидемиология, натогенез, клиника, лечение. СПб.: Политехника–сервис, 2011 – 159 с.: ил.
26. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем / ред. : А. А. Кубанова. - М. : Литтерра, 2007. - 512 с. - (Рациональная фармакотерапия: Compendium).
27. Родионов А. Н. Дерматокосметология. Поражение кожи лица и слизистых. Диагностика, лечение и профилактика / А. Н. Родионов. - СПб. : Наука и техника, 2011. - 912 с. : ил.
28. Рубинс А. Дерматовенерология / А. Рубинс ; ред. А. А. Кубанова. - М. : Издательство

- Панфилова, 2011. - 368 с. : ил.
29. Самцов А. В. Дерматовенерология: учебник / А. В. Самцов, В. В. Барбино. - СПб. : СпецЛит, 2008. - 352 с. : ил.
30. Самцов А. В. Сифилис: медицинский атлас / А. В. Самцов, В. В. Барбино, О. В. Терлецкий. - СПб. : ДЕАН, 2007. - 192 с. : ил.
31. Себорея и вульгарные угрис: современные подходы к лечению: учебное пособие / К. И. Разнатовский, А. Н. Баринова. - СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2009. - 33 с.
32. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни: учеб. / Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанова, В.Г. Акимов. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2012. – 544 с.
33. Терапия грибковых заболеваний кожи и ее придатков: учебное пособие / Л.П. Котрехова. – СПб.: СПбМАПО, 2009. – 32 с.
34. Токсидермии и дерматозы, инициированные приемом лекарственных средств: пособие для врачей / В.Г. Корнишева. – СПб: СПбМАПО, 2009. – 32с.
35. Туберкулезные поражения кожи: учебное пособие / В. А. Пирятинская, С. И. Данилов. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013. - 24 с.
36. Фотодерматозы: учебное пособие / С.К. Клибсон. – СПб.: СПбМАПО, 2007. – 28 с.

базы данных, информационно–справочные системы:

1. ClinicalKey
2. ClinicalKey - <https://www.clinicalkey.com/>
3. Гарднер - Медицина и здравоохранение в России (Полиотекстовые журналы)
4. Медицина - книги и руководства по медицине, статьи по медицинским специальностям.
5. MedMir.com – обзоры мировых медицинских журналов на русском языке
6. National Digital Library
7. Oxford University Press
8. Sage Publications
9. Scopus – <http://www.scopus.com>
10. Springer
11. AAAS – American Association for the Advancement of Science (АААС)
12. eMedicine - Открытый информационно-образовательный медицинский ресурс.
13. <http://www.enki.ru> – Государственный научный центр дерматологии и косметологии / ФГБУ “Гос. Науч. Центр дерматологии и косметологии” м-ва здравоохранения Рос. Федерации.
14. Информационно–справочные и поисковые системы Medline, Pub. Med, Web of Science
15. Правовая база «Банк юриста»
16. Российская национальная электронная библиотека: <http://elibrary.ru>
17. «Дерматологический дайджест» – независимое издание для практикующих врачей.
18. Справочник электронной медицинской информации
19. ЭБС Консультант Врача <http://www.rospmedinfo.ru>
20. Электронная версия журнала «Consilium Medicum» <http://dermatolog.ru/magazin>
21. Электронная версия журнала «Вестник дерматологии и венерологии» <http://www.vestnikdermatologii.ru>
22. Электронная версия журнала «Проблемы медицинской микологии» <http://www.mikologiya.ru>
23. Электронный каталог «Российская медицина» ЦНМБ
24. Электронный ресурс: http://dermnet.net/dermistroot/en/home_index.htm
25. Электронный ресурс: <http://dermnetnz.org/>
26. Электронный ресурс: <http://www.derm101.com>
27. Электронный ресурс: <https://www.dermquest.com>
28. Электронный ресурс: Дерматология в России <http://www.dermatology.ru>

29. Электронный ресурс: инфекции, передаваемые половым путем / федер. целевая программа “предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера 2007–2011 –<http://www.ippp.ru>
30. Электронный ресурс: сайт «микология» <http://www.rusmedserv.com/mycology/index.html>