

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

« 19 » сентября 20 21 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому, дополнительному
профессиональному образованию и региональному
развитию здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования
(программам ординатуры) по специальности
31.08.32 «Дерматовенерология»
Трудоемкость: № 3 ЗЕ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ;
- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.32 «Дерматовенерология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1074;
- Профессиональным стандартом «Врач-дерматовенеролог», утвержденным Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 г. №142 н;
- Порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. № 1258;
- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам медицинского и фармацевтического образования в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» от 29 марта 2020 г. № 248;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья» от 30 июня 2016 г. № 435н;
- Порядком организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования от 3 сентября 2013 г. № 620н;
- Письмом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека «Об организации практической подготовки обучающихся по программам среднего, высшего, послевузовского профессионального образования и дополнительным профессиональным программам по медико-профилактическому специальностям на базах учреждений, подведомственных респотребнадзору» от 15 февраля 2013 г. № 01/1680-13-32

Разработчики программы:

Заведующий кафедрой,

д.м.н. профессор

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

И.А. Горланов

(расшифровка)

Ассистент кафедры, к.м.н.

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

Л.М. Леина

(расшифровка)

Программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры

дерматовенерологии

название кафедры

« 31 » 08 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующий кафедрой

дерматовенерологии

название кафедры

Д.м.н., профессор

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

И.А. Горланов

(расшифровка)

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.32 «Дерматовенерология» 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 Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

Обучающиеся, не прошедшие ГИА в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения ГИА. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Лицо, не прошедшее ГИА, может повторно пройти ГИА не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения ГИА, которая не пройдена обучающимся.

2. Общие правила подачи и рассмотрения апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

3. 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 исполнительной власти, осуществляющим 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).

4. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе).

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.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация состоит из двух аттестационных испытаний, перерыв между которыми составляет не менее 7 календарных дней. На первом этапе проводится тестирование и оценка практических навыков. Ко второму аттестационному испытанию – государственному экзамену по специальности – допускаются ординаторы, успешно прошедшие первый этап. Государственный экзамен проводится в устной форме по билетам.

Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Результаты государственного экзамена определяются оценками «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.

Результаты государственного аттестационного испытания объявляются в день его проведения.

5. 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 сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

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

6. Программа государственного экзамена

6.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Государственный экзамен проводится в устной форме в виде собеседования. Собеседование включает ответы на вопросы и решение ситуационных задач. Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по вопросам и ситуационным задачам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, расписание которых доводится до сведения ординаторов за 30 календарных дней до государственной итоговой аттестации.

При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных и профессиональных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

6.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

6.2.1. Вопросы для собеседования

1. Стафилодермия. Классификация. Стафилодермия новорожденных и грудных детей. Клинические варианты, их характеристика, течение, диагностика, профилактика.
2. Стафилодермия детей старше года, подростков и взрослых. Клинические варианты, их характеристика, течение, диагностика, лечение, профилактика.
3. Смешанные и атипичные формы пиодермий. Разновидности, их клиническая характеристика, течение, диагностика, лечение.
4. Стафилококковый синдром «обожженной кожи». Этиопатогенез, клиника, течение. Дифференциальная диагностика с синдромом Лайела, лечение, профилактика.
5. Стрептодермия. Этиология, патогенез, классификация. Клиника вариантов стрептококковых поражений кожи. Течение, диагностика, лечение. Профилактика импетигиозных форм стрептодермий в детском коллективе.
6. Стрептодермия. Этиология, патогенез, классификация. Клиника вариантов стрептококковых поражений кожи. Течение, диагностика, лечение. Неимпетигиозные формы.
7. Кожные проявления Лайм-боррелиоза. Клиника, диагностика, лечение.
8. Рубромикоз, Этиология, патогенез, клиника, течение, диагностика, профилактика, лечение. Эпидермофития. Этиология, клинические проявления, течение, диагностика, лечение. Онихомикозы.
9. Микроспория. Этиология, патогенез, разновидности. Клиническая характеристика форм микроспории. Течение, диагностика, лечение. Профилактика микроспории в детском коллективе.
10. Дрожжевые поражения. Этиопатогенез. Классификация. Клиника поверхностных форм поражения кожи и слизистых. Гранулематозный и хронический генерализованный кандидоз. Течение, диагностика, лечение.
11. Микозы стоп и ладоней. Онихомикозы. Этиопатогенез. Варианты, их клиническая характеристика, течение, диагностика и лечение. Современные методы и средства лечения онихомикозов.
12. Трихофития. Этиология, патогенез, клинические разновидности. Характеристика поверхностной, хронической и инфильтративно-нагноительной трихофитии. Течение, диагностика, лечение, профилактика.
13. Чесотка. Этиология, патогенез, клиника, течение и диагностика чесотки. Особенности клинического течения чесотки у детей. Норвежская чесотка, патогенез, клиника. Современные методы лечения чесотки, профилактика.
14. Педикулез, разновидности, клиника, диагностика, лечение.
15. Кожный лейшманиоз. Этиология, патогенез. Клинические варианты, их клиника, течение, диагностика, лечение. Общественная и индивидуальная профилактика.
16. Вирусные дерматозы. Этиопатогенез, разновидности. Клинические проявления поражений кожи вызванным герпес-симплекс и зостер-варицелла вирусами, диагностика, лечение, профилактика.
17. Папилломовирусная инфекция: бородавки, остроконечные кандиломы. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
18. Контагиозный моллюск. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
19. Вирусная пузырчатка слизистой рта, ладоней, подошв.
20. Осложнения экземы и атопического дерматита у детей и взрослых. Герпетиформная экзема Капоши: этиопатогенез, клиника, течение. Диагностика, лечение, профилактика.

6.2.2. Ситуационные задачи

ЗАДАЧА 1

На прием обратился мужчина 32 лет, шофер такси, холост, с жалобами на появление язвочки на половом члене, которая субъективно не беспокоит.

АНАМНЕЗ. Язвочка на половом члене появилась 10 дней назад, болезненности не причиняла. Больной занимался самолечением — смазывал язвочку синтомициновой эмульсией. Лечение было неэффективным. Через 7—8 дней появилось увеличение паховых лимфатических узлов. Половая связь с незнакомой женщиной полтора месяца назад. Сопутствующих заболеваний нет.

ОБЪЕКТИВНО. На внутреннем листке препуциального мешка имеется язвенный дефект размером 2X1,5 см, овальной формы, безболезненный. В основании язвы пальпируется хрящевидной плотности инфильтрат, не выходящий за ее пределы. Воспалительные изменения вокруг язвы отсутствуют. Слева паховые лимфатические узлы увеличены до размеров 1X1,5 см, подвижные, безболезненные плотно-эластической консистенции.

ВОПРОСЫ. 1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование. 2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать процесс у данного больного? 3. Какие необходимо провести дополнительные исследования для установления окончательного диагноза и назначения полноценной этиологической и патогенетической терапии? 4. Наметьте план лечебно-профилактических мероприятий. Выпишите рецепты. 5. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

ЗАДАЧА 2

На прием обратился больной 28 лет, рабочий, с жалобами на наличие язвочек на половом члене и в правой паховой области.

АНАМНЕЗ. Язвочки появились 2 недели назад, их появление ни с чем не связывает. Субъективно больного не беспокоят. Самолечением не занимался. Неделю назад в левой паховой области увеличились лимфатические узлы. За два месяца до появления язвочек отмечает случайную половую связь с незнакомой женщиной. Через месяц после этого заболел острым респираторным заболеванием, по поводу чего получал сульфадиметоксин. Сопутствующих заболеваний нет.

ОБЪЕКТИВНО. На теле полового члена справа имеется язва округлой формы, размером 1X1,5 см, безболезненная, покрытая желтоватым налетом. При пальпации язвы у основания прощупывается плотный инфильтрат. В правой паховой области - язва размером 1X1 см, округлой формы, покрытая геморрагической корочкой, плотная у основания. Паховые лимфатические узлы слева увеличены до размеров 1X1,5 см, плотно-эластической консистенции, безболезненные, подвижные.

ВОПРОСЫ. 1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование. 2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать процесс у данного больного? 3. Какие необходимо провести дополнительные исследования для установления окончательного диагноза и назначения полноценной этиологической и патогенетической терапии? 4. Наметьте план лечебно-профилактических мероприятий. Выпишите рецепты. 5. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

ЗАДАЧА 3

На прием к врачу обратился больной Ю., 29 лет, водитель автобуса, с жалобами на

слабость, снижение работоспособности, боли в суставах, костях, наличие многочисленных высыпаний на коже.

АНАМНЕЗ. Высыпания на коже туловища появились неделю назад. Им предшествовали адинамия, боли в мышцах, суставах (усиливающиеся в ночное время). На следующий день после появления высыпаний больной обратился к врачу-терапевту по месту жительства, который поставил диагноз «токсикодермия неясного генеза» и предложил явиться повторно через три дня. За это время количество высыпаний увеличилось. Сопутствующие заболевания - холецистит.

ОБЪЕКТИВНО. На коже туловища многочисленные розеолезные высыпания, округлых очертаний с резкими границами. Обращает на себя внимание отсутствие склонности к их слиянию, розово-красная окраска; не шелушатся, при надавливании сыпь исчезает. Наибольшая выраженность розеола отмечается на боковых поверхностях туловища. Доступные пальпации лимфоузлы увеличены, безболезненные, плотно-эластичной консистенции, не связаны с окружающими тканями.

ВОПРОСЫ. 1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование, 2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного? 3. Какие необходимо провести дополнительные исследования для установления окончательного диагноза и назначения полноценной этиологической и патогенетической терапии? 4. Наметьте план лечебно-профилактических мероприятий. 5. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

ЗАДАЧА 4

На прием к врачу обратился больной Н., 36 лет, строитель, с жалобами на высыпания в области подошв и ладоней.

АНАМНЕЗ. Не женат, свое заболевание ни с чем не связывает. Высыпания появились неделю назад. Субъективных ощущений нет. Сопутствующих заболеваний не имеет.

ОБЪЕКТИВНО. На коже ладоней и подошв имеются множественные папулы, не возвышающиеся над общим уровнем кожи, застойно-красного цвета, покрытые скоплениями роговых чешуек. При их пальпации определяется выраженная плотность. Некоторые из папул сливаются и образуют различной величины бляшки с резкими границами, на поверхности которых имеются плотные роговые массы.

ВОПРОСЫ. 1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование. 2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного? 3. Какие необходимо провести дополнительные исследования для установления окончательного диагноза и назначения полноценной этиологической и патогенетической терапии? 4. Наметьте план лечебно-профилактических мероприятий. 5. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

ЗАДАЧА 5

На прием к врачу из детского дома доставлен мальчик 11 лет, жалоб не предъявляет.

АНАМНЕЗ. Рос, отставая в физическом и интеллектуальном развитии от сверстников, часто болеет простудными заболеваниями. Родители ему неизвестны.

ОБЪЕКТИВНО. Физическое развитие не соответствует возрасту. Интеллект снижен, кожный покров чистый, лимфоузлы не увеличены. Череп имеет ягодицеобразную форму, нос седловидный, при осмотре полости рта слизистая без особенностей. Оба передних верхних резца имеют бочкообразную форму, напоминают отвертку, оба резца сужены в направлении режущей поверхности. На свободном крае зубов видны полулунные вырезки. Небо - высокое.

ВОПРОСЫ. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать заболевание у данного больного? 3. Наметьте план лечебно-профилактических мероприятий. Выпишите рецепты. 4. Рекомендации больному после

клинического выздоровления.

6.2.3. Перечень практических навыков

1. Симптом Никольского. Методика выявления. Механизм образования.
2. Определение примочек. Выписать рецепты на наиболее часто употребляемые примочки. Дать рекомендации по их применению.
3. Симптом Асбо - Ганзена. Методика выявления, механизм образования.
4. Определение влажно-высыхающих повязок. В каких случаях назначаются. Выписать рецепты на растворы для влажновысыхающих повязок. Дать рекомендации по их применению.
5. Определение узелка (папулы). Виды узелков в зависимости от механизма происхождения, величины и формы.
6. Симптом проваливания зонда по А.М. Поспелову, методика выявления, механизм возникновения.
7. Определение взбалтываемых взвесей, их разновидности, показания к назначению. Выписать образцы взбалтываемых взвесей. Дать рекомендации по их применению.
8. Определение бугорка. Механизм его происхождения. Клиническое отличие от узелка.
9. Симптом гипералгезии по Ядассону. Механизм его выявления.
10. Определение паст. Показания к назначению. Выписать рецепты на пасты: цинковую, Лассара, Дарье. Дать рекомендации по их применению.

6.2.4. Тестовые задания

1. Гипоаллергенная диета может назначаться больным
 - а) псориазом
 - б) буллёзными дерматозами
 - в) склеродермией
 - г) атопическим дерматитом
 - д) все перечисленное
2. Диета больных дерматитом Дюринга предусматривает
 - а) исключение из рациона продуктов, приготовленных из злаков
 - б) ограничение углеводов
 - в) ограничение белков
 - г) ограничение поваренной соли
 - д) снижение калорийности пищевого рациона
3. Лечебное питание больных себореей и вульгарными угрями предусматривает все перечисленное, кроме
 - а) гипоаллергенной диеты
 - б) уменьшения в рационе животных жиров
 - в) ограничение молока
 - г) исключения острых блюд
 - д) ограничения углеводов
4. Гиперкератоз – это утолщение
 - а) эпидермиса
 - б) базального слоя
 - в) шиповидного слоя
 - г) зернистого слоя
 - д) рогового слоя

5. К осложнениям, наблюдающимся при наружном применении топических кортикостероидов, относятся
- а) атрофия кожи
 - б) пиодермия
 - в) келоидный рубец
 - г) гиперкератоз
 - д) правильно а) и б)
6. При образовании волдыря возникают
- а) инфильтрация дермы
 - б) отек сосочкового слоя дермы
 - в) спонгиоз
 - г) акантоз
 - д) правильно а) и в)
7. Спонгиоз – это
- а) скопление в межклеточных щелях отечной жидкости
 - б) раздвижение эпителиальных клеток
 - в) растягивание межклеточных мостиков и разрыв межклеточных связей
 - г) формирование микровезикул
 - д) все перечисленное
8. Акантолиз – это
- а) разрушение межклеточных мостиков клеток шиповидного слоя
 - б) скопление серозной жидкости
 - в) образование внутридермальных пузырей
 - г) дегенеративное изменение эпидермальных клеток, утративших связь с окружающими и плавающими в пузырьной жидкости
 - д) все перечисленное
9. Гранулез – это утолщение
- а) эпидермиса
 - б) шиповидного слоя
 - в) зернистого слоя
 - г) базального слоя
 - д) рогового слоя
10. К первичным полостным морфологическим элементам относятся
- а) пятно
 - б) узелок и узел
 - в) бугорок
 - г) волдырь
 - д) пузырек
11. Лихенификация характеризуется
- а) Уплотнением кожи
 - б) утолщением кожи
 - в) усилением кожного рисунка
 - г) всем перечисленным
12. Первичным морфологическим элементом, характерным для герпесов является

- а) пятно
- б) узелок и бугорок
- в) пузырек
- г) волдырь
- д) все перечисленное

13. Время полного обновления клеток эпидермиса составляет

- а) 28 дней
- б) 5 дней
- в) 3 дня
- г) 2 месяца

14. Эпидермис имеет слои

- а) роговой
- б) зернистый
- в) шиповидный
- г) базальный
- д) все перечисленные

15. В базальном слое имеют место все перечисленные клетки, кроме

- а) кератиноцитов(эпидермоцитов)
- б) меланоцитов
- в) клеток Лангерганса
- г) клеток Меркеля
- д) гистиоцитов

16. Основными клеточными компонентами дермы являются

- а) фибробласты
- б) фиброциты
- в) гистиоциты
- г) тучные клетки
- д) все перечисленные

- а) чешуйки
- б) рубцы
- в) пятна

17. К вторичным морфологическим элементам сыпи относят:

- а) Пузырьки
- б) язвы
- в) пустулы
- г) узлы
- д) волдыри

18. К разновидностям пустулы относят:

- а) узел
- б) импетиго
- в) эктиму
- г) язву
- д) фликтену

19. Спонгиоз наблюдается при:

- а) красном плоском лишае
- б) псориазе
- в) экземе

20. Гранулез – это:

- а) усиленное размножение клеток шиповатого слоя
- б) увеличение рядов зернистого слоя
- в) истончение всех слоев эпидермиса
- д) утолщение рогового слоя эпидермиса

21. Сосудистые пятна больших размеров называют:

- а) розеолой
- б) эритемой
- в) пурпурой
- г) гематомой
- д) лентиге

22. Если у больного имеются пузырьки, эрозии, эксфолиации, корочки, папулы – какой это полиморфизм?

- а) истинный
- б) ложный

23. Кожа состоит из слоев:

- а) эпидермиса
- б) сосудистого слоя
- в) мышечного слоя
- г) дермы
- д) гиподермы

24. При нарушении кератинизации кожи наиболее эффективным является назначение:

- а) ацитретина
- б) преднизолона
- в) рибофлавина
- г) варфарина

25. Жизненный цикл клеток эпидермиса составляет:

- а) 10 – 14 дней
- б) 35 – 37 дней
- в) 26 – 28 дней

26. При каких заболеваниях в воспалительном инфильтрате присутствуют лимфоциты с «мозговидными» ядрами?

- а) васкулит
- б) синдром Сезари
- в) дискоидная красная волчанка
- г) парапсориаз
- д) все перечисленное

27. Эозинофилия периферической крови характерна для всех заболеваний, кроме:

- а) недержание пигмента

- б) герпетиформного дерматоза Дюринга
- в) псориаза
- г) синдром Нетертона
- д) атопический дерматит

28. Лихеноидный параспориоз характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) мелких лихеноидных буровато-красноватых папул с отрубевидной чешуйкой
- б) буроватой пигментацией с телеангиэктазиями после инволюции чешуек
- в) незначительной пурпуры после поскабливания
- г) сильного зуда
- д) длительного течения и резистентности к терапии

29. В патогенезе розацеа имеют значение следующие факторы, кроме

- а) ангионевротических расстройств
- б) инсоляции
- в) себорейного дерматита
- г) ринофимы
- д) ксантелазмы

30. Себорея способствует развитию всех перечисленных ниже заболеваний, кроме

- а) вульгарных угрей
- б) розацеа
- в) себорейного дерматита
- г) ринофимы
- д) ксантелазмы

31. Типичные высыпные элементы красного плоского лишая имеют следующие особенности, кроме

- а) папул плоских, полигональных, красновато-сиреневого цвета
- б) вдавления в центре папулы
- с) восковидного блеска
- д) сетки Уикхема на поверхности папул
- е) преимущественной локализацией на лице

32. Телеангиоэктатическая форма пигментной крапивницы обычно наблюдается

- а) в детском возрасте
- б) исключительно у взрослых больных
- в) с самого рождения
- г) в пубертантный период
- д) в любом возрасте с одинаковой частотой

33. Гиперэластическая кожа (синдром Элерса – Данлоса) характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) проявления с раннего детского возраста
- б) повышенной ранимости кожи с легким образованием гематом, медленно заживающих ран и атрофических рубцов
- в) чрезмерной растяжимости кожи в области суставов и на лице
- г) чрезмерной гибкости и подвывихов суставов
- д) ангиоидных полос на сетчатке глаз

34. Наследственную эритему ладоней и подошв надо дифференцировать со следующими болезнями, кроме

- а) эритемы ладоней при циррозе печени
- б) ладонно-подошвенной формы болезни Девержи
- в) рубромикоза ладоней и подошв
- г) центробежной эритемы
- д) ладонно-подошвенной формы псориаза

35. Типичные пигментации при множественном нейрофиброматозе (болезни Реклингхаузена) характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) появления пигментации с первого года жизни
- б) овальных и округлых крупных «кофейных» пятен
- в) веснушчатоподобной пигментации в подмышечных и паховых складках
- г) постепенного увеличения числа «кофейных» пятен (не менее 6)
- д) темного цвета пигментаций и обильных волос на их поверхности

36. Диагноз буллезной ихтиозоформной эритродермии может быть поставлен на основании наличия всего перечисленного, кроме

- а) пузырей
- б) папилломатозных роговых разрастаний
- в) эрозий
- г) гиперемии
- д) характерного диспластического лица

37. В течении атопического дерматита выделяются

- а) сезонные стадии
- б) две стадии в зависимости от активности процесса
- в) три стадии возрастной эволютивной динамики
- г) четыре стадии в зависимости от осложнений
- д) стадийности не выявляется

38. При обычном псориазе излюбленной и наиболее частой локализацией высыпаний является все перечисленное, кроме

- а) волосистой части головы
- б) разгибательных поверхностей конечностей
- в) сгибательных поверхностей конечностей
- г) локтей и колен
- д) области крестца

39. Для поражения ногтей при псориазе характерно все перечисленное, кроме

- а) наперстковидного вдавления
- б) онихолизиса
- в) подногтевых геморрагий
- г) симптома масляного пятна
- д) платонихии, койлонихии, онихошизиса

40. Облигатными раздражителями являются

- а) концентрированные растворы минеральных кислот и щелочей
- б) газообразные и парообразные вещества (сероводород и др.)
- в) боевые отравляющие вещества кожно-нарывного действия
- г) концентрированные растворы солей тяжелых и щелочных металлов
- д) все перечисленные

41. Простой контактный дерматит характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) четких границ
 - б) локализации в местах контакта с раздражителем
 - в) волдырей
 - г) гиперемии
 - д) жжения
42. У больных сахарным диабетом могут развиваться следующие поражения кожи, кроме
- а) липоидного некробиоза
 - б) ксантом
 - в) кольцевидной гранулемы
 - г) диабетической дермопатии
 - д) пойкилодермии
43. Длительное применение наружной гормональной терапии больному атопическим дерматитом может привести ко всему перечисленному, кроме
- а) полного выздоровления; наиболее эффективно, не дает осложнений
 - б) подавления глюкокортикоидной функции коры надпочечников
 - в) атрофии кожи
 - г) гипертрихоза
 - д) инфицирования очагов поражения на коже
44. Отрицательно влияют на прогноз при псориазе все перечисленные факторы, кроме
- а) диабета
 - б) наличия фокальных инфекций и нарушения иммунитета
 - в) нарушений функций печени, эндогенной интоксикации
 - г) наличия нарушений липидного обмена
 - д) низкого веса
45. Для стационарной стадии псориаза характерно все перечисленное, кроме
- а) элементы полностью покрыты серебристо-белыми чешуйками
 - б) вокруг элементов – «псевдоатрофический» ободок Воронова и ободок Пильнова
 - в) прекращения появления новых высыпаний
 - г) отсутствия периферического роста элементов
 - д) насыщенно красного цвета высыпных элементов
46. К наследственным дерматозам относят все перечисленные заболевания, кроме
- а) эпидемической пузырчатке новорожденных
 - б) врожденного буллезного эпидермолиза
 - в) доброкачественной семейной пузырчатке Хейли-Хейли
 - г) буллезной ихтиозиформной эритродермии
 - д) световой оспы Базена
47. Кольцевидная гранулема характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) отсутствия субъективных ощущений
 - б) высыпания расположены кольцевидно
 - в) исчезает спонтанно
 - г) связь с хроническими инфекционными очагами
 - д) оставляет рубцы
48. Болезнь Девержи у взрослых больных имеет следующие перечисленные признаки, кроме
- а) дебют болезни Девержи может быть во взрослом возрасте

- б) у больных, впервые заболевших во взрослом возрасте, обычно в семье нет идентичных больных
 - в) на пальцах имеются конусы Бенье
 - г) при стертых формах поражения может длительно ограничиваться гиперкератотическими очагами на ладонях и подошвах
 - д) резко выражены феномены Ауспитца
49. Для регрессивной стадии псориаза характерно все перечисленное, кроме
- а) изоморфной реакции и симптома Пильнова
 - б) развития вокруг элементов «псевдоатрофического» ободка Воронова
 - в) отсутствие периферического роста элемента
 - г) исчезновения высыпаний
 - д) побледнения окраски высыпных элементов
50. Акантолиз с высоким расположением эпидермальных пузырей в зернистом слое в биоптате кожи обнаруживается
- а) при герпесе беременных
 - б) при листовидной пузырчатке
 - в) при приобретенном буллезном эпидермолизе
 - г) при претибиальном буллезном эпидермолизе
 - д) при буллезном пемфигоиде Лёвера

6.3. Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Дерматовенерология [Электронный ресурс] / Ю. С. Бутов, Н. Н. Потекаев [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440780.html>
2. Кисина, В. И. Инфекции, передаваемые половым путем / Кисина В. И. , Гущин А. Е. , Забиров К. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-5332-2. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453322>.
3. Бутов, Ю. С. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-5708-5. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457085>.
4. Разнатовский, К. И. Микозы кожи и ногтей / К. И. Разнатовский, Л. П. Котрехова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 232 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-5801-3. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458013>

Дополнительная литература:

1. Кошкин, С. В. Атлас-справочник по дерматовенерологии / С. В. Кошкин, Т. В. Чермных. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-5765-8. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN97859704576581>
2. Заславский, Д. В. Венерические болезни и дерматозы аногенитальной области : иллюстрированное руководство для врачей / Д. В. Заславский, А. А. Сыдилов, А. М. Иванов, Р. А. Насыров. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 640 с. - ISBN 978-5-9704-5380-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453803>.