Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра дерматовенерологии и косметологии с курсом
клинической лабораторной диагностики

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«27» октября 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.32 Дерматовенерология

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

Москва, 2023

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

– Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1074 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач-дерматовенеролог».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.32 Дерматовенерология составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетных единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.32 Дерматовенерология выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.32 Дерматовенерология, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-дерматовенеролог».

Перечень компетенций,
оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

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

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

Профилактическая деятельность:

- готовностью 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);
- готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4).

Диагностическая деятельность:

- готовностью 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:

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

Реабилитационная деятельность:

- готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8).

Психолого-педагогическая деятельность:

- готовностью 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:

- готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных

подразделениях (ПК-10);

- готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

- готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант (варианты) ответа.

1. Аллергический контактный дерматит отличается от простого контактного дерматита:

1) сильным продолжительным зудом;

2) выраженной лихенификацией;

3) резистентностью к терапии;

4) наличием сенсибилизации;

5) изоморфной реакцией.

2. Одним из характерных симптомов синдрома Россолимо-Мелькерсона-Розенталя является:

1) макрохейлия;

2) микрохейлия;

3) уменьшенный язык;

4) гипосаливация;

5) гиперсальвация.

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

- контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;

- контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;

- ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.32 Дерматовенерология.

Примеры контрольных вопросов:

1. Первичные и вторичные морфологические элементы сыпи при дерматозах.

Современные классификации. Значение для постановки диагноза и изучения динамики заболевания, гистопатология.

2. Угревая болезнь: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, принципы диагностики и терапии.

Примеры контрольных заданий:

1. Сбор анамнеза, внешний осмотр и составление программы клинического обследования больного.

2. Оформление медицинской амбулаторной карты больного.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

Больная М., 7 лет, обратилась с жалобами на наличие крупного округлого очага на волосистой части головы с шелушением и обламыванием волос. Больна 2 недели. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Ситуационная задача № 2.

Пациент С., 18 лет предъявляет жалобы на высыпания на стопах. Болен 2 месяца. Субъективно беспокоит сильный зуд и жжение, периодически, появляется мокнутие. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Университета.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:

- от 90% и выше правильных ответов – **отлично**;
- от 80% до 89% правильных ответов – **хорошо**;
- от 70% до 79% правильных ответов – **удовлетворительно**;
- менее 70% правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

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

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Бутов Ю. С. Дерматовенерология / Ю. С. Бутов, Н. Н. Потекаев [и др.] – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 640 с. – ISBN 978-5-9704-4078-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440780.html

2. 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. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-5708-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457085.html

Дополнительная литература:

1. 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.html

2. Кошкин С. В. Атопический дерматит / С. В. Кошкин, М. Б. Дрождина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 112 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5793-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457931.html

3. 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.html

4. Разнатовский К. И. Псориатическая болезнь. Диагностика, терапия, профилактика / К. И. Разнатовский, О. В. Терлецкий. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 352 с. – (Серия «Библиотека врача-специалиста»). – 352 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5849-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458495.html

5. Червонная Л. В. Пигментные опухоли кожи / Червонная Л. В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 224 с. – ISBN 978-5-9704-2897-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428979.html

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.32 Дерматовенерология

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Дерматовенерология /40	**1. Аллергический контактный дерматит отличается от простого контактного дерматита:** 1) сильным продолжительным зудом; 2) выраженной лихенификацией; 3) резистентностью к терапии; 4) наличием сенсибилизации; 5) изоморфной реакцией. **2. Одним из характерных симптомов синдрома Россолимо-Мелькерсона-Розенталя является:** 1) макрохейлия; 2) микрохейлия; 3) уменьшенный язык; 4) гипосаливация; 5) гиперсальвация. **3. К препаратам для базисной противовоспалительной терапии псориаза относятся:** 1)циклоспорин 2)амремиласт 3)далимумаб 4)все вышеперечисленные **4. Механизм действия азолов на дрожжевые грибы:** 1) связываются с эргостерином клеточной мембраны дрожжевых грибов, нарушая при этом проницаемость клетки; 2) ингибируют эндоплазматический цитохром P_{450}; 3) специфически подавляют ранний этап биосинтеза стеринов в клетке гриба 4) действуют бактериостатически (препятствуют размножению бактерий) 5) ингибируют клеточное деление грибковых клеток, нарушая структуру митотического веретена. **5. Какие заболевания являются разновидностями токсикодермии?** 1) фиксированная эритема 2) розовый лишай 3) разноцветный лишай 4) Т-клеточная лимфома **6. Профессиональная крапивница:** 1) отличается клинически от непрофессиональной; 2) отличается от непрофессиональной путями попадания в организм аллергена и сильным зудом;

		3) профессиональный характер должен быть подтвержден доказательством этиологической роли производственного аллергена; 4) достаточно анамнестического указания на связь крапивницы с профессиональными факторами; 5) профессиональный характер подтверждается улучшением от приема антигистаминных препаратов. **7. Келоидный рубец отличается от гипертрофического наличием:** 1) большого количества активных фибробластов; 2) большого количества коллагена; 3) атипичных гигантских фибробластов; 4) атипичным коллагеном; 5) превалированием коллагена над эластином. **8. Лейкоплакия — хроническое заболевание характеризующееся:** 1) эрозивно-язвенным поражением кожи красной каймы губ; 2) атрофией слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ; 3) ороговением слизистой оболочки полости рта или губ; 4) отеком, синюшностью и шелушением красной каймы губ; 5) везикулярными элементами на слизистой полости рта. **9. Для сифилитического поражения слуховых нервов характерно:** 1) снижение костной проводимости при сохранении воздушной; 2) снижение воздушной проводимости при сохранении костной; 3) снижение костной и воздушной проводимости; 4) сохранение костной и воздушной проводимости; 5) повышение костной и снижение воздушной проводимости. **10. Для прогрессирующей стадии гнездной алопеции патогномоничным симптомом является:** 1) атрофия волосяных фолликулов; 2) отек и гиперемия кожи в очаге облысения; 3) зона расшатанных волос; 4) зуд и перхоть; 5) трихотортоз. **11. К первичным Т-лимфомам кожи относятся:** 1) грибовидный микоз; 2) лимфолейкоз; 3) лейкемиды; 4) актинический ретикулоид; 5) врожденная лимфоэдема. **12. Какие нозологические формы относятся к ограниченной склеродермии:** 1). бляшечная 2). склеродактилия 3). синдром Рейно

		4). диффузная **13. Мелкие пигментные пятна, напоминающие веснушки, в подмышечных и паховых областях появляются при:** 1) туберозном склерозе; 2) недержании пигмента; 3) синдром LEOPARD; 4) нейрофиброматозе; 5) пигментной крапивнице. **14. Какие звенья являются первичными в патогенезе атопического дерматита:** 1) повышенный уровень иммуноглобулина G 2) пониженный уровень иммуноглобулина A 3) гиперпродукция иммуноглобулина E 4) пониженный уровень Т-супрессоров **15. При остиофолликулите в патологический процесс вовлекается:** 1) внутреннее корневое влагалище волосяного фолликула; 2) поверхностная расширенная часть волосяного фолликула; 3) весь волосяной фолликул; 4) две трети волосяного фолликула; 4) три четверти волосяного фолликула. **16. Дермальные узлы при лепроматозной лепре:** 1) никогда не возвышаются над уровнем кожи и обнаруживаются лишь при пальпации; 2) возвышаются над уровнем кожи; 3) захватывают подкожную клетчатку; 4) проникают в кости, болезненные при пальпации; 5) спаяны с окружающими тканями, болезненны. **17. Излюбленная локализация колликвативного туберкулеза кожи является:** 1) подчелюстные и шейные лимфатические узлы; 2) подкрыльцовые лимфатические узлы; 3) медиастенальные лимфатические узлы; 4) паховые лимфатические узлы; 5) локтевые лимфатические узлы. **18. Чесотка у взрослых не поражает:** 1) живот; 2) межпальцевые складки; 3) мошонку, ягодицы; 4) молочные железы; 5) лицо, волосистую часть головы. **19. Значительное нарушение общего состояния при язве вульвы отмечается при:** 1) гангренозной форме; 2) псевдовенерической форме; 3) милиарной форме; 4) сочетание милиарной и псевдовенерической форм; 5) общее состояние не нарушается ни при одной из форм. **20. В классификацию МКБ-10 в раздел В-36 «Другие**

		поверхностные» микозы включены: 1) эпидермофития паховая, микроспория; 2) микроспория, кандидоз; 3) кандидоз, разноцветный лишай; 4) разноцветный лишай, пьедра; 5) микоз кистей, стоп, пьедра. **21. Возбудителем микоза гладкой кожи являются:** 1) Trichophyton menthagrophytes interdigitale; 2) Trichophytonviolaceum; 3) все виды грибов Trichophyton и Microsporum, Epidermophyton; 4) Microsporum audoninii; 5) Epidermophyton floccosum. **22. К местным осложнениям глюкокортикостероидной терапии относится:** 1) телеангиэктазии, периоральный дерматит, атрофия кожи 2) телеангиэктазии, периоральный дерматит, рубцовые изменения кожи 3) рубцовые изменения кожи, розацеа, стероидные акне 4) пигментация, атрофия кожи, рубцовые изменения кожи **23. Источником заражения поверхностной трихофитией, могут быть:** 1) больные кошки; 2) больные лошади и коровы; 3) больной человек; 4) мыши и крысы; 5) больные собаки. **24. Критерием излеченности при трихофитии является:** 1) исчезновение клинических проявлений; 2) отрицательный анализ на грибы; 3) исчезновение клинических проявлений и 2 отрицательных анализах на грибы; 4) исчезновение клинических проявлений и 3 отрицательных анализах на грибы; 5) отрицательный результат люминесцентного исследования кожи. **25. Волосы обламываются на высоте 5-8 мм от уровня кожи при:** 1) поверхностной трихофитии; 2) микроспории; 3) фавусе; 4) инфильтративно-нагноительной трихофитии; 5) алопеции. **26. Клиническая картина при паховой эпидермофитии характеризуется наличием очагов поражений в виде:** 1) крупных узлов ярко – красного цвета; 2) инфильтрированных бляшек, покрытых чешуйками; 3) пятен красно- коричневого цвета с четкими границами и отечным валиком по периферии;

		4) мелких пустул, сливающихся между собой; 5) эритематозных пятен с нечеткими границами и очагами мокнутия. **27. В составе нормобиоты половых путей женщин репродуктивного возраста превалируют:** 1) Lactobacillus spp.; 2) Streptococcus spp.; 3) Staphylococcus spp.; 4) Bacteroides spp.; 5) Corynebacteriumspp. **28. Системная терапия акне включает:** 1) ретиноиды 2) антигистаминные препараты 3) цитостатики **4)** противовирусные препараты **29. При гонорее местное лечение уретры и прямой кишки после родов начинается в сроки:** 1) сразу же после родов; 2) на следующий день; 3) через 5 дней; 4) через 7-10 дней; 5) через 15-20 дней. **30. Патогенными для человека являются трихомонады:** 1) кишечные; 2) ротовые; 3) урогенитальные; 4) урогенитальные и кишечные; 5) урогенитальные и ротовые. **31. Особенностью клинической картины псориаза у детей является:** 1) экссудативный характер процесса; 2) частое развитие папулезной формы; 3) частое развитие артропатий; 4) частое развитие ладонно-подошвенных форм; 5) отсутствие ремиссий заболевания. **32. Ребенку с дистрофическим буллезным эпидермолизом показано:** 1) химотрипсин и другие протеолитические ферменты; 2) кишечные ферменты; 3) тугое пеленание; 4) горячие ванны; 5) мази с антибиотиками. **33. Для туберозного склероза характерны:** 1) пигментные пятна; 2) симптом «кнопки звонка»; 3) пигментные гамартромы; 4) ахромические листовидные пятна; 5) дисплазия гребешковой кожи. **34. Сухая ихтиозифомная эритродермия характеризуется:** 1) проявляется с рождения;

		2) дебютом в период пубертата; 3) проявления полностью регрессируют к периоду пубертата; 4) проявления полностью регрессируют под воздействием загара; 5) проявления полностью регрессируют в зимнее время. **35. Лечение заболеваний, вызванных Ureaplasma spp. и/или M. hominis, у беременных проводится по схеме:** 1) доксициклин 100 мг 2 раза в сутки перорально в течение 14-21 дней 2) джозамицин 500 мг 3 раза в сутки перорально в течение 10 дней 3) азитромицин 1,0 г 1 раз в сутки перорально в течение 3 дней 4) доксициклин 100 мг 2 раза в сутки в течение 28 дней 5) джозамицин 500 мг 3 раза в сутки перорально в течение 7 дней **36. В терапии сухой ихтиозиформной эритродермии наиболее эффективны:** 1) цитостатики; 2) ароматические ретиноиды; 3) мочегонные препараты; 4) сосудистые препараты; 5) блокаторы кальциевых каналов. **37. Для сенильного кератоза характерно:** 1) возникновение у лиц пожилого возраста 2) метастазирование в лимфатические узлы 3) локализация на подошвах 4) локализация на ладонях. **38. Возбудителем мягкого шанкра является:** 1) Afipia felis 2) Bartonella henselae 3) Haemophilus influenzae 4) Giardia lamblia 5) Haemophilus ducrey **6)** Fusobacterium necrophorum **39. Ребенку с младенческим себорейным дерматитом назначаются препараты:** 1) противозудные; 2) рассасывающие; 3) подавляющее действие на липофильную и другую патогенную флору в очагах поражения; 4) эпителизирующие; 5) сосудорасширяющие. **40. Наличие на фоне эритемы сгруппированных мелких (милиарных), плотных, остроконечных папул желтовато-розового цвета с роговой чешуйкой на поверхности, островков здоровой кожи характерны для эритродермии при:** 1) псориазе; 2) экземе; 3) лимфоме;

		4) болезни Девержи 5) лекарственной токсикодермии.
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. К системам охраны здоровья населения относятся:** 1) государственная система здравоохранения; 2) муниципальная система здравоохранения; 3) частная система здравоохранения; 4) система медико-социального обеспечения; 5) все перечисленное. **2. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются:** 1) генетические; 2) природно-климатические; 3) уровень и образ жизни населения; 4) уровень, качество и доступность медицинской помощи; 5) социально-экономические условия; 6) все перечисленные. **3. К косвенному экономическому ущербу в связи с инвалидностью нельзя отнести:** 1) потери трудовых мест в связи с инвалидностью; 2) расходы на лечебную помощь; 3) выплата пенсий по инвалидности. **4. К основным направлениям, которые необходимы для развития здравоохранения, относятся все перечисленные кроме:** 1) эффективное распределение ресурсов здравоохранения по регионам; 2) равенство и доступность медицинской помощи для населения; 3) финансирование учреждений здравоохранения; 4) качество медицинской помощи; 5) социально-экономические условия для медицинского персонала; 6) здоровье населения. **5. В методику расчета себестоимости медицинских услуг в стационаре не включаются:** 1) расходы на питание пациентов; 2) расходы на медикаменты; 3) накладные расходы; 4) верных ответов нет.
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических:** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение; 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов; 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология; 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология; 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена. **2. К методам просветительской работы относят все,**

		кроме: 1) наглядных; 2) комбинированных; 3) устных; 4) творческих. **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется:** 1) учебная программа; 2) учебный план; 3) государственный образовательный стандарт; 4) тематический план. **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это:** 1) мониторинг; 2) контроль; 3) планирование качества; 4) оценка качества. **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это:** 1) кредит; 2) нагрузка; 3) зачетные единицы.
4.	Медицина чрезвычайных ситуаций /5	**1. Задачи РСЧС:** 1) разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты населения и территорий от ЧС; 2) прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС; 3) сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС; 4) социальная защита населения, пострадавшего от ЧС; 5) своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи населению в ЧС. **2. В состав ВСМК входят все, кроме:** 1) служба медицины катастроф Минздрава и Минобороны России; 2) силы и средства Роспотребнадзора, РАН, МВД России, МЧС России; 3) силы и средства органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления; 4) силы и средства медицинской службы гражданской обороны. **3. Организационной формой, позволяющей своевременно оказать медицинскую помощь**

		наибольшему числу пораженных при массовых поражениях, является: 1) быстрое выведение пораженных из очага катастрофы; 2) четко организованная медицинская эвакуация; 3) прогнозирование исхода поражения; 4) медицинская сортировка; 5) оказание неотложной помощи. **4. Что включает площадка для сбора и оказания медицинской помощи в очаге ЧС:** 1) пункт сбора пораженных; 2) распределительный пост; 3) сортировочная площадка; 4) площадка санитарного транспорта; 5) площадка оказания медицинской помощи; 6) площадка размещения легко пораженных; 7) площадка размещения тяжело пораженных. **5. В случае массового поступления пострадавших главный (дежурный) врач ЛПМО:** 1) формирует сортировочные бригады для работы в приемном отделении; 2) контролирует подготовку приемного отделения, операционного и реанимационного блоков и других подразделений ЛПМО к приему пострадавших; 3) контролирует подготовку хирургического и травматологического отделений, реанимационных палат и других функциональных подразделений к приему пострадавших и оказанию им медицинской помощи; 4) отдает распоряжение заведующему аптекой о подготовке к выдаче в отделения необходимого медицинского имущества и медикаментов; 5) при невозможности оказания пострадавшим медицинской помощи в необходимом объеме запрашивает через ТЦМК бригады медицинского усиления; 6) контроль исполнения решения.
5.	Патология /5	**1. При общении практикующего врача с родственниками умершего основным нормативным актом, регламентирующим его права и обязанности, является:** 1) Приказ Минздрава России «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий»; 2) ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; 3) ФЗ «О погребении и похоронном деле»; 4) Приказ Минздрава России «О правилах проведения патолого-анатомических исследований»; 5) Приказ Минздравсоцразвития «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации». **2. К основным методам лабораторной диагностики относятся:** 1) Цитологический; 2) Иммуногистохимический;

		3) Молекулярно-генетический; 4) Серологический; 5) Ничего из вышеперечисленного; 6) Все вышеперечисленные. **3. Понятие АТИПИЯ относится к:** 1) Доброкачественной опухоли; 2) Продуктивному воспалению; 3) Гнойному расплавлению ткани; 4) Жировому перерождению ткани; 5) Ничего из вышеперечисленного; 6) Все вышеперечисленные. **4. К исходам патологического процесса можно отнести:** 1) Замещение соединительной тканью; 2) Замещение нейроглией; 3) Формирование кисты; 4) Формирование каверны; 5) Ничего из вышеперечисленного; 6) Все вышеперечисленные. **5. Осложнение основного заболевания – это:** 1) одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые сами по себе или через обусловленные ими осложнения привели к летальному исходу; 2) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которыми одновременно страдал умерший и каждое из них в отдельности несомненно могло привести к летальному исходу; 3) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые этиологически не связаны, но включились в общий патогенез с основным заболеванием, явились одной из причин его развития, впоследствии отягощали течение и способствовали развитию смертельных осложнений, приведших к летальному исходу; 4) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые связаны с основным заболеванием патогенетически (непосредственно или опосредованно) и не являются его проявлением (не включены в синдромокомплекс основного заболевания); 5) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), этиологически и патогенетически не связанные с основным заболеванием и не оказавшие влияния на летальный исход.
6.	Современные аппаратные технологии в лечении кожных заболеваний /15	**1. Длинноволновую часть ультрафиолетового спектра преимущественно поглощает:** 1) митохондрии; 2) протоплазма клетки; 3) оболочка ядра; 4) ядро; 5) все структуры одинаково. **2. При удалении доброкачественных новообразований**

		замораживание должно выходить за пределы элемента на: 1) 1-2мм; 2) 2-3мм; 3) 3-4 мм; 4) 5-6 мм; 5) распространение замораживания не допускается. **3. Образование участков гипопигментации после криодеструкции объясняется:** 1) неправильным выбором метода криодеструкции; 2) непрофессионализмом врача; 3) плохой переносимостью холода больным; 4) тем, что меланоциты быстрее разрушаются от низких температур, чем кератиноциты; 5) тем, что меланоциты медленнее разрушаются от низких температур, чем кератиноциты. **4. Какие требования предъявляются к результатам лечения аногенитальных бородовок:** 1) деструкция клинических проявлений; 2) предупреждение развития осложнений; 3) уменьшение числа рецидивов; 4) улучшение качества жизни пациентов; 5) все вышеперечисленные. **5. Не рекомендовано удалять методом криодеструкции новообразования кожи:** 1) себорейный кератоз; 2) вульгарные бородавки; 3) кондиломы; 4) поверхностная базалиома; 5) меланоцитарные новообразования. **6. Какой спектр излучения относится к УФА:** 1) 320-400 нм; 2) 620-770 нм; 3) 400-450 нм; 4) 280-320 нм; 5) 100-200 нм. **7. Какая из перечисленных характеристик не является свойством лазерного излучения:** 1) монохроматичность; 2) непрерывность; 3) когерентность; 4) поляризованность; 5) направленность. **8. Максимальные сдвиги в системе гуморальной биорегуляции при воздействии ультразвуком возникают через:** А.12 часов после процедуры Б. 2 дня после процедуры В. во время процедуры Г. 4 часа после процедуры Д. 24 часа после процедуры **9. Основным методом лечения «пламенеющего**

		невуса» является: А. Криодеструкция; Б. Электрокоагуляция; В.Высокоэнергетический CO_2 лазер; Г. Хирургическое иссечение; Д. Фотодинамическая терапия. **10. Наибольшая глубина проникновения в кожу характерна для излучения:** 1) красный видимый диапазон; 2) УФ-излучение; 3) инфракрасное излучение; 4) зеленый видимый диапазон; 5) синий видимый диапазон. **11. Укажите препарат, используемый при фотодинамической терапии:** 1) оксаролен; 2) амминофурин; 3) метоксален; 4) тризорален; 5) фотосенс. **12. При ограниченном вульгарном псориазе возможно использование:** 1) низкоэнергетического лазера; 2) импульсного лазера на красителях; 3) фотодинамической терапии; 4) эксимерной лазеротерапии; 5) CO_2 лазера. **13. При каких дерматозах показана узкополосная ультрафиолетовая 311-нм фототерапия:** 1) фотодерматозы; 2) парапсориаз; 3) порфирии; 4) ограниченная склеродермия; 5) гранулема кольцевидная. **14. При проведении фотофореза для лечения пиодермий целесообразнее использовать:** 1) акнекутан; 2) эритромицин; 3) тетрациклин; 4) клиндамицин; 5) азелаиновую кислоту. **15. Фотобиологические эффекты в тканях зависят от:** 1) интенсивности излучения; 2) интенсивности потока энергия лазерного излучения; 3) фотобиологической активности тканей; 4) содержания фотосенсибилизатора в тканях; 5) температуры окружающей среды.
7.	Кожные и венерические болезни и беременность /10	**1. Наиболее характерный серологический показатель для герпеса беременных:** 1) антиядерные антитела; 2) фактор Хазерика; 3) повышение уровня IgA;

		4) реакциясвязывания комплемента с антителами против антигенов базальной мембраны кожи при иммунофлюоресцентном исследовании сыворотки крови беременной женщины. **2. Акантолиз с высоким расположением эпидермальных пузырей в зернистом слое в биоптате кожи обнаруживается при:** 1) герпесе беременных; 2) приобретенном буллезном эпидермолизе; 3) буллезном пемфигоиде Левера; 4) при листовидной пузырчатке. **3. Концентрация бензилбензоата, используемая для лечения чесотки у беременных:** 1) 2%; 2) 5%; 3) 10%; 4) 15% 5) 20%. **4. При скрининговом обследовании доноров и беременных следует использовать:** 1) микрореакцию преципитации (МРП); 2) микрореакцию преципитации (МРП) + иммуноферментный анализ (ИФА); 3) иммуноферментный анализ (ИФА) + реакцию пассивной гемагглютинации (РПГА); 4) микрореакцию преципитации (МРП) + реакцию иммобилизации бледных трепонем (РИБТ). **5. У здоровых женщин репродуктивного возраста соотношение анаэробов к аэробам, населяющих половые пути, в норме составляет:** 1) 5:1; 2) 10:1; 3) 15:1; 4) 1:10; 5) 1:5. **6. Условия, способствующие развитию кандидоза все кроме:** 1) диабет и гипергликемия; 2) аскаридоз; 3) ВИЧ; 4) беременность; 5) лечение антибиотиками широкого спектра действия. **7. Развитие раннего врожденного сифилиса наиболее вероятно, если у беременной женщины:** 1) поздний скрытый; 2) третичный; 3) ранний скрытый; 4) спинная сухотка; 5) поздний нейросифилис. **8. Беременной женщине, ранее получившей специфическое лечение по поводу сифилиса, при отсутствии негативации сероreакций проводится:**

		1) специфическое лечение; 2) превентивное лечение; 3) профилактическое лечение; 4) пробное лечение; 5) лечение по эпидемиологическим показаниям. **9. Женщина перенесла в прошлом сифилис вторичный свежий. Через 3 месяца после окончания лечения произошла стойкая негативация реакции микропреципитации. Через год после снятия с учета наступила беременность. Тактика ведения включает:** 1) дополнительное специфическое лечение; 2) профилактическое лечение; 3) дополнительное специфическое и профилактическое лечение; 4) ежемесячный клинико-серологический контроль; 5) трехкратный клинико-серологический контроль во время беременности. **10. В РФ все беременные должны быть подвергнуты профилактическому обследованию на сифилис в сроки:** 1) при постановке на учет и III триместре беременности; 2) при постановке на учет и 20 нед. беременности; 3) при обращении в женскую консультацию, на сроке 28–30 недель и за 2–3 недели до родов; 4) в I, III триместре беременности, при поступлении в роддом; 5) при постановке на учет, на сроке 18-20 нед. беременности, при поступлении в роддом.
8.	Клиническая лабораторная диагностика в дерматовенерологии /15	**1. Количественный культуральный анализ выполняется при диагностике заболеваний, обусловленных:** 1) облигатными патогенными микроорганизмами; 2) условно-патогенными микроорганизмами; 3) анаэробными микроорганизмами; Г. факультативными анаэробными микроорганизмами; Д. микроаэрофилами. **2. Темнопольная микроскопия основана на эффекте:** 1) Аббе; 2) Келера; 3) Стокса; 4) Тиндаля; 5) Цернике. **3. Для микроскопического исследования бледной трепонемы применяют окраску методом:** А. по Граму; Б. по Саутгейту; В. По Цилю-Нильсену; Г. по Морозову; Д. по Бауэру. **4. Дерматофиты выявляются в культуре на среде:** 1) Сабуро; 2) Сабуро с хлорамфениколом;

		3) Сабуро с гентамицином; 4) Сабуро с октидионом; 5) Мак-Конки. **5. Метод хромато-масс-спектрометрии основан на анализе:** 1) морфо-тинкториальных свойств; 2) специфических иммунных сывороток; 3) липидных маркеров; 4) нуклеотидной последовательности; 5) цветовой реакции. **6. Лабораторными признаками острого урогенитального кандидоза при исследовании мазков, окрашенных по Граму, являются:** 1) лейкоцитоз, единичные почкующиеся клетки; 2) лейкоцитоз, обилие почкующихся клеток, значительное количество мицелия; 3) обилие почкующихся клеток, значительное количество мицелия; 4) единичные дрожжеподобные почкующиеся клетки, единичный мицелий; 5) единичные дрожжеподобные клетки, обилие сопутствующей Грам-положительной и Грам-отрицательной флоры. **7. «Ключевая клетка» при микроскопии влагалищного мазка – это:** 1) споровая форма микроорганизма; 2) клетка поверхностного слоя плоского эпителия с адгезированной на ее поверхности обильной коккобациллярной грамвариабельной микрофлорой; 3) клетка поверхностного слоя плоского эпителия с локализированными на ее поверхности лактобактериями; 4) клетка эпителия, имеющая внутриплазматические включения; 5) лейкоцит (нейтрофилы) с фагоцитированными микроорганизмами. **8. Основным методом окраски для микроскопического исследования патологического материала у больных трихомониазом являются:** 1) по Граму; 2) по Цилю-Нильсену; 3) по Пик-Якобсону; 4) по Романовскому-Гимзе; 5) метиленовым синим **9. Микроскопический признак актиномикоза - это:** 1) лимфоцитарная инфильтрация; 2) нити псевдомицелия; 3) друзы; 4) гигантские лимфоцидные клетки; 5) гранулема. **10. При микроскопии секрета предстательной железы (увеличение 400 раз) в норме количество лейкоцитов в поле зрения составляет:**

		1) до 6-8; 2) до 10-20; 3) до 30; 4) до 40; 5) до 50-60. **11. В качестве подтверждающих методов лабораторной диагностики хламидиоза используется:** 1) изоляция возбудителя на клетках Мак-Коя; 2) иммунофлюоресценция; 3) полимеразная цепная реакция; 4) легазная цепная реакция; 5) ДНК-гибридизация. **12. Основными методами лабораторной диагностики трихомониаза являются:** 1) бактериоскопический и культуральный; 2) бактериоскопический и серологический; 3) культуральный и методы молекулярной биологии; 4) серологический и методы молекулярной биологии; 5) культуральный и серологический. **13. Культуральное исследование при трихоминазе не целесообразно выполнять в случаях:** 1) острого течения заболевания; 2) хронического течения заболевания; 3) свежеторпидного течения заболевания; 4) трихомонадоносительства; 5) установления критериев излеченности. **14. С целью диагностики урогенитального хламидиоза у женщин исследуется соскоб со слизистой оболочки:** 1) уретры и заднего свода влагалища; 2) уретры и цервикального канала; 3) цервикального канала и прямой кишки; 4) уретры, цервикального канала и прямой кишки; 5) уретры. **15. С целью диагностики урогенитального хламидиоза у мужчин исследуют:** 1) соскоб слизистой оболочки прямой кишки; 2) соскоб слизистой оболочки уретры и прямой кишки (по показаниям), секрет простаты; 3) соскоб слизистой оболочки уретры и прямой кишки; 4) секрет простаты; 5) нити в моче.

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Первичные и вторичные морфологические элементы сыпи при дерматозах. Современные классификации. Значение для постановки диагноза и изучения динамики заболевания, гистопатология.

2. Угревая болезнь: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, принципы диагностики и терапии.

3. Красный плоский лишай: эпидемиология, этиология, патогенез, гистопатология,

классификация, клинические проявления, методы диагностики и терапии.

4. Фотодерматозы: патогенез, классификация, клинические проявления, принципы диагностики и терапии, фотозащита и солнцезащитные препараты.

5. Чесотка: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, принципы диагностики и терапии. Противоэпидемические мероприятия при чесотке.

6. Пиодермии: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, дифференциальная диагностика, принципы терапии.

7. Современные представления об этиопатогенезе псориаза. Течение псориаза, клинические формы. Принципы диагностики и лечения псориаза.

8. Псориатический артрит: патогенетические аспекты, клинические проявления, диагностика, лечение. Методы терапии псориаза с использованием антител (ингибиторы ФНО).

9. Саркома Капоши: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, дифференциальный диагноз, принципы терапии.

10. Себорейный дерматит: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, принципы диагностики и терапии.

11. Опоясывающий герпес и ветряная оспа: эпидемиология, этиология, патогенез, клинические проявления, клиническая и лабораторная диагностика, терапия. Вакцинация.

12. Простой герпес: эпидемиология, этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение.

13. Вульгарная пузырчатка: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, принципы диагностики и терапии.

14. Герпетиформный дерматит Дюринга: этиология, патогенез, методы клинической и лабораторной диагностики, клинические проявления. Иммунофлюоресцентная диагностика пузырных дерматозов, лечение, прогноз.

15. Антигистаминные препараты в дерматовенерологии: классификация, механизм действия, показания, противопоказания.

16. Парапсориаз: этиопатогенез, патоморфология, клинические проявления, дифференциальный диагноз, лечение.

17. Атопический дерматит: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, принципы диагностики и терапии.

18. Склеродермия: этиология, патогенез, гистоморфология, очаговая (бляшечная) и системная склеродермия, клинические проявления, течение, прогноз, принципы терапии. Диспансеризация больных, её цели и методы.

19. Тяжелые токсико-аллергические и токсические состояния с поражением кожи и слизистой: синдром Стивенса-Джонсона, болезнь Лайелла, клинические проявления, дифференциальный диагноз, оказание неотложной врачебной помощи, тактика врача дерматолога.

20. Красная волчанка: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления интегументной красной волчанки, принципы диагностики и терапии.

21. Красная волчанка: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления системной красной волчанки, принципы диагностики и терапии.

22. Алопеции: этиология, патогенез, клинические формы, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

23. Ихтиозы и ихтиозиформные эритродермии: этиология патогенез, гистопатология, клиника, лечение, прогноз.

24. Дисхромии кожи: витилиго, этиология и патогенез, клинические проявления, диагностика. Современные принципы терапии витилиго. Прогноз.

25. Туберкулез кожи: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, принципы диагностики и терапии.

26. Васкулиты: этиология, патогенез, классификация, клинические проявления,

принципы диагностики и терапии.

27. Предраковые заболеваниях кожи. Паранеоплазии. Диагностика. Принципы лечения и диспансеризации. Профилактика опухолей кожи.

28. Злокачественные образования кожи, классификация. Базально-клеточная карцинома: эпидемиология, гистопатология, принципы диагностики и терапии. Прогноз.

29. Лимфомы кожи: классификация, гистопатология, принципы диагностики и терапии. Прогноз.

30. Физиотерапевтические методы лечения распространенных дерматозов. Показания и противопоказания.

31. Розовый лишай: эпидемиология, этиология, патогенез, клинические проявления, дифференциальный диагноз, осложнения, прогноз, лечение.

32. Основные факторы риска развития поверхностных микозов, осложнения, прогноз, лечение.

33. Клиническая и лабораторная диагностика поверхностных микозов.

34. Кератомикозы: этиология, патогенез, клиника, основные принципы лечения кератомикозов.

35. Поверхностная трихофития: возбудители, пути передачи, клиника поражений гладкой кожи, волосистой части головы и ногтей, хроническая трихофития, диагностика, принципы лечения и профилактики в семье и в организованных коллективах.

36. Микроспория: возбудители, пути передачи инфекции, клиника поражений гладкой кожи и волосистой части головы, методы диагностики, принципы терапии и профилактики.

37. Инфильтративно-нагноительная трихофития: возбудители, эпидемиология, клиника, диагностика, принципы терапии, профилактика.

38. Кандидоз кожи и слизистых оболочек: этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.

39. Микозы стоп: эпидемиология, этиология, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

40. Онихомикозы: дерматофитной и недерматофитной этиологии, диагностика, клинические проявле- ния, тактика ведения с учетом этиологии процесса.

41. Системная терапия микозов стоп и онихомикозов: показания, противопоказания к назначению системных антимикотиков, характеристика основных препаратов.

42. Наружное лечение поверхностных микозов: показания к применению местных противогрибковых средств. Представители основных групп (азолы, аллиламины), механизм действия, противопоказания.

43. Особенности клинического течения и лечения микозов на фоне иммунодефицитных состояний (первичные иммунодефициты, СПИД).

44. Поверхностные псевдомикозы: эпидемиология, этиология, клинические проявления, лечение, осложнения, прогноз, профилактика, санаторно-курортное лечение.

45. Глубокие псевдомикозы: эпидемиология, этиология, патогенез, клинические проявления, лечение, осложнения, прогноз, профилактика, санаторно-курортное лечение.

46. Актиномикоз: эпидемиология, этиология, патогенез, клинические проявления, лабораторная диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения, прогноз.

47. Споротрихоз: факторы риска, этология, патогенез клинические проявления, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз.

48. Анатомо-физиологические особенности ногтевой пластины. Ониходистрофии: классификация, клинические проявления. Принципы коррекции и лечения болезней ногтей.

49. Подкожные глубокие микозы: общая характеристика, Мицетома, Хромобластомикоз: эпидемиология, этиология, клинические проявления, принципы терапия.

50. Микотическая экзема: этиология, патогенез, дифференциальный диагноз,

диагностика, осложнения, лечение.

51. Онихомикозы: принципы системной, наружной, комбинированной терапии, дифференциальной диагноз, социальная адаптация пациентов.

52. Урогенитальный хламидиоз: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, особенности клинического течения, диагностика, лечение, контроль излеченности. Тактика ведения половых партнеров.

53. Гонококковая инфекция: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, особенности клинического течения, диагностика, лечение, контроль излеченности. Тактика ведения половых партнеров.

54. Урогенитальный трихомоноз: эпидемиология, этиология, классификация, особенности клинического течения, диагностика, лечение, контроль излеченности.

55. Урогенитальные заболевания, ассоциированные с Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum genitalium: эпидемиология, этиология, клиника, диагностика. Показания к обследованию и лечению. Контроль излеченности.

56. Урогенитальные заболевания, вызванные Mycoplasma genitalium: эпидемиология, клиника, диагностика, критерии излеченности, тактика ведения половых партнеров.

57. Генитальный герпес: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, принципы диагностики и терапии.

58. Урогенитальный кандидоз: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, диагностика и терапия.

59. Бактериальный вагиноз: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, методы диагностики, лечение, контроль излеченности.

60. Третья, четвертая, пятая венерические болезни: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, принципы диагностики и терапии.

61. Сифилис: эпидемиология, патогенез, морфология и культуральные свойства Treponema pallidum, пути инфицирования.

62. Общее течение сифилиса: первичный, вторичный, третичный, скрытий.

63. Иммунитет при сифилисе: понятие о рецидиве, реинфекции и суперинфекции.

64. Первичный сифилис: клинические проявления, дифференциальный диагноз, лечение.

65. Вторичный сифилис: клинические проявления, дифференциальная диагностика, лечение.

66. Третичный сифилис: клинические проявления, дифференциальный диагноз. Лечение поздних форм сифилиса.

67. Клинические проявления раннего врожденного сифилиса. Прогноз. Лечение.

68. Клинические проявления позднего врожденного сифилиса. Прогноз. Лечение.

69. Лечение сифилиса: специфическое, превентивное, профилактическое, пробное, показания, схемы, прогноз, контроль излеченности.

70. Побочные эффекты и осложнения противосифилитической терапии. Серологическая диагностика сифилиса. Клинико-серологический контроль. Клинические проявления и лабораторная диагностика нейросифилиса.

71. Аногенитальные бородавки (ВПЧ-инфекция): эпидемиология, этиология, классификация, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика, вакцинация.

72. Бактериальный вагиноз: эпидемиология, этиология, клинические проявления, лабораторная диагностика, лечение. Контроль излеченности. Тактика в отношении половых партнеров.

73. Принципы обследования пациентов на урогенитальные заболевания, показания, методы исследования, интерпретация результатов, тактика лечения, критерии выбора антибактериальных препаратов.

1.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

1. Сбор анамнеза, внешний осмотр и составление программы клинического обследования больного.
2. Оформление медицинской амбулаторной карты больного.
3. Оформление экстренного извещения.
4. Оформление больничного листа.
5. Оформление санаторно-курортной карты.
6. Оформление медицинской документации на больного для МСЭК.
7. Методика проведения визуальной оценки состояния кожи.
8. Методика проведения пальпации, граттажа.
9. Методика проведения диаскопии.
10. Методика определения дермографизма.
11. Методика оценки тактильной, болевой, тепловой и холодовой чувствительности.
12. Методика оценки функциональных свойств кожи (десквамация, пигментация, трансдермальная потеря жидкости, эластичность кожи, pH кожи, себуметрия).
13. Методика проведения и интерпретация результатов люминесцентного обследования с помощью лампы Вуда.
14. Методика выполнения йодной пробы Бальцера.
15. Методика воспроизведения и интерпретации феномена П.В. Никольского.
16. Методика воспроизведения и интерпретации псориатических феноменов.
17. Методика воспроизведения и интерпретации феномена «яблочного желе» - методы диаскопии или витроскопии.
18. Методика воспроизведения и интерпретации симптома зонда А.И. Поспелова.
19. Методика воспроизведения и интерпретации симптома Унны.
20. Методика воспроизведения и интерпретации симптома Бенье-Мещерского.
21. Методика воспроизведения и интерпретации кожной пробы Ядассона.
22. Методика воспроизведения и интерпретации феномена «дамского каблучка».
23. Методика взятия клинического материла для цитологического и микроскопического исследования (эпидермальных чешуек, ногтевых пластинок, пораженных волос, содержимого мочевого пузыря, мазков-отпечатков, соскобов со слизистой оболочки уретры, влагалища, цервикального канала, прямой кишки; отделяемого шанкров).
24. Методика проведения, описания и интерпретации результатов дерматоскопии.
25. Методика выполнения биопсии кожи.
26. Методика выполнения микроскопической диагностики чесоточного клеща.
27. Методика выполнения микроскопической диагностики Demodex folliculorum.
28. Методика выполнения микроскопического исследования чешуек кожи, волос, ногтей на наличие патогенных грибов.
29. Методика проведения дезинфекции обуви.
30. Методика взятия материала для микробиологического посева на питательные среды (антибиотикограмма).
31. Методика взятия материала на акантолитические клетки, подготовка препаратов и оценка результатов исследования.
32. Методика выполнения анализа, оценки клинических, иммунологических и биохимических исследований, гистологических препаратов.
33. Методика расчёта биодозы УФО.
34. Методика выполнения криомассажа жидким азотом.
35. Методика выполнения деструкции доброкачественных новообразований кожи (криодеструкция, лазерная деструкция, электрокоагуляция, радиоволновая коагуляция).
36. Методика выполнения аппликационной, инфильтрационной анестезии.
37. Методика оценки результатов исследования ликвора при нейросифилисе.

38. Принципы интерпретации рентгенограммы при поражении костей, суставов и аорты.

39. Методика наложения повязки, примочки, дерматологического компресса, присыпки, пасты, взбалтываемой взвеси, пластыря, мази, аэрозоля, лака.

40. Методика проведения отслойки ногтевой пластинки по Ариевичу.

41. Выписка, оформление рецепта основных лекарственных средств, применяемых в дерматологии.

42. Методика выполнения инстилляции лекарственных веществ в уретру.

43. Методика оказания неотложной помощи больным с анафилактоидными реакциями.

44. Методика оказания неотложной помощи при травматическом шоке, анафилактическом шоке, кровопотере, отеке Квинке, острой токсикодермии, синдроме Лайелла, синдроме Стивенса-Джонсона.

45. Методика оказания первую врачебную помощь при следующих неотложных состояниях: обморок, эпилептический припадок, эпилептический статус, острое нарушение мозгового кровообращения, острая остановка сердца.

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1.

Больная М., 7 лет, обратилась с жалобами на наличие крупного округлого очага на волосистой части головы с шелушением и обламыванием волос. Больна 2 недели. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 2.

Пациент С., 18 лет предъявляет жалобы на высыпания на стопах. Болен 2 месяца. Субъективно беспокоит сильный зуд и жжение, периодически, появляется мокнутие. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 3.

Больная Р., 48 лет обратилась с жалобами на покраснение кожи щек, носа и периорбитальной области с незначительным шелушением и легким зудом. Считает себя больной около 6 месяцев, когда впервые появилось покраснение кожи щек, отмечает улучшение в холодное время года. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 4.

Пациент К., 25 лет, обратился с жалобами на появление пятна на половом члене. Болен в течение 2 лет. Субъективно не беспокоит. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 5.

Пациент И., 19 лет, обратился с жалобами на зудящие высыпания на задней поверхности шеи. Болен 3 месяца. Очаг возник после перенесенного сильного стресса. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 6.

Больной С., 34 года, жалобы на высыпания, зуд и стянутость кожи. Болен 14 лет, первые высыпания появились в области волосистой части головы. Отец пациента страдает аналогичным кожным заболеванием. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 7.

Больная Т., 42 года. Жалобы на высыпания в области спины, сопровождающиеся зудом. Больна 1 месяц, из анамнеза известно, что высыпания возникли после перенесенного гриппа. Также отмечаются высыпания на слизистой оболочке полости рта. Поставьте предварительный диагноз. Какие патогномоничные феномены характерны для этого дерматоза? С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 8.

Пациент Е., обратился с жалобами на высыпания в области живота и поясницы. За 2 недели до появления высыпаний стали беспокоить сильные боли в пояснице, затем появились мелкие пузырьки на коже. Больного беспокоит недомогание, общая слабость, повышение температуры тела. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 9.

Больная М., 46 лет обратилась с жалобами на появление воспалительных элементов на коже кистей. Считает себя больной в течение 4 дней, когда впервые отметила появление высыпаний, количество которых к настоящему времени увеличилось. Из анамнеза известно, что неделю назад перенесла ОРВИ. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 10.

Больная К., 53 лет обратилась с жалобами на сухость и трещины на подошвах, процесс сопровождается болезненностью и зудом. Заболела 4 года назад после наступления менопаузы, когда впервые появилось изменение кожи подошв. Заболевание постепенно прогрессирует. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 11.

Пациентка Б., 50 лет, обратилась с жалобами на появление пятна на коже подмышечной области справа 4 недели назад. Субъективных ощущений нет. Пятно появилось после укуса клеща. Первоначально диаметр пятна составлял 3 см, на момент осмотра – 15 см. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 12.

Больная К., 69 лет, обратилась с жалобами на длительно незаживающие язвы с кровянисто-гнойным отделяемым на коже левой голени. Субъективно беспокоит значительное уплотнение кожи, зуд, болезненность, тяжесть в нижних конечностях.

Периодически отмечает улучшение состояния. При осмотре выявляются признаки варикозной болезни. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 13.

Больной 45 лет обратился с жалобами на покраснение кожи щек, шелушение, незначительный зуд, обильную перхоть на волосистой части головы, периодическое появление корок на коже заушной области. Болен в течение 1 года. Из анамнеза известно, что страдает хроническим гастритом и энтероколитом в течение 5 лет Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 14.

Пациентка Б., 43 лет, обратилась с жалобами на появление на животе пятен белесого цвета с атрофией в центре. Считает себя больной в течение 10 лет, когда появилось пятно розового цвета с сиреневатым венчиком, которое впоследствии стало бледнеть и уплотняться. Субъективных ощущений нет. Из анамнеза известно, что заболевание первоначально возникло после перенесенной ангины. Предполагаемый диагноз? Проведите диф. диагностику. Определите примерный план лечения.



Задача 15.

Больная Ж., 72 года, обратилась с жалобами на значительное утолщение ногтевых пластинок стоп. Считает себя больной в течение 30 лет, когда отметила изменение ногтевых пластинок стоп, их утолщение, искривление. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 16.

Пациент Р., 21 год, предъявляет жалобы на образования в области полового члена. Считает себя больным 3 месяца, когда появились единичные элементы в области венечной борозды. В области венечной борозды и на крайней плоти веррукозные разрастания в виде сосочков розоватого цвета размером до 0,8см х 0,4см., на коже тела полового члена мелкие розоватого цвета папулы до 0,2 см. конической и плоской формы, в перианальной зоне высыпаний не выявлено. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 17.

Больной П., 34 лет обратился с жалобами на высыпания на коже задней поверхности шеи. Болен в течение 14 дней, когда впервые отметил появление единичных высыпаний на коже шеи. При осмотре на задней поверхности шеи с переходом на кожу затылка обнаружены мелкие папулы красноватого цвета, пустулы с желтоватым содержимым и венчиком гиперемии вокруг, пальпаторно незначительно болезненны. Самостоятельно не лечился. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 18.

Пациентка Ж., обратилась с жалобами на появление пятна на голени, существующего в течение нескольких месяцев. На коже после механической травмы, появилось небольшое синюшно-розовое пятно, оно постепенно увеличивалось в размере и приобретало четкие очертания. Пациентка 5 лет страдает сахарным диабетом 2-го типа. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 19.

Больной Г., 53 лет обратился с жалобами на появление округлого пятна розовато-синюшного цвета на боковой поверхности живота. Субъективно не беспокоит. Болен в течение 3-х месяцев. Из анамнеза известно, что принимал бисептол по поводу ОРВИ. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 20.

Больной А., 31 год, жалобы на появление высыпаний в области живота, лобковой области. Субъективных ощущений нет. Болен 15 дней. Поставьте предварительный

диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 21.

Пациент А., 1965 г.р. обратился с жалобами на появление зудящих высыпаний на коже туловища. Считает себя больным в течение 3 недель, когда на коже появились шелушащиеся пятна до 3 см в диаметре. В течение последующих дней элементы значительно увеличились в размерах. При осмотре – ногтевые пластинки стоп утолщены, крошатся. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.





Задача 22.

Больная Р., 61 года обратилась с жалобами на покраснение кожи лица, шелушение, умеренный зуд, периодическое появление гнойничков. Отмечает усиление покраснения и зуда кожи при приеме горячего чая и стрессе. Больна около 5 лет, когда впервые отметила появление покраснения кожи щек, возникающее при физической нагрузке. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 23.

Пациентка Г., 1970 г.р., обратилась с жалобами на высыпания на туловище. Считает себя больной две недели, когда на животе появилось округлое пятно розового цвета, шелушащееся, увеличивающееся в размере. Затем, через несколько дней, стали появляться пятна меньших размеров. Примерно 1,5-2 месяца назад перенесла тяжелую ОРВИ. Беспокоит умеренный зуд. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 24.

Больной Р., 28 лет обратился с жалобами на наличие бородавчатых разрастаний в перианальной области, трещин, отделяемое с неприятным запахом, болезненность. Считает себя больным в течение 2-х месяцев, когда впервые отметил появление единичных выростов в перианальной области. Самостоятельно не лечился. Обратился впервые. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 25.

Больной 20 лет, холост. Предъявляет жалобы на учащенное болезненное мочеиспускание, в конце акта мочеиспускания из уретры выделяется 2-3 капли гноя. 10 дней назад имел половую связь с незнакомой женщиной. При осмотре: губки уретры отечны, выделения из мочеиспускательного канала слизисто-гнойные. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 26.

Больной обратился к врачу по поводу высыпаний на коже пальцев рук. Болен 2 года, не лечился. При осмотре: на коже тыльной поверхности пальцев рук определяются папулы цвета нормальной кожи, округлые плотные с шероховатой поверхностью. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 27.

У больного после нервного стресса на сгибательной поверхности конечностей появились зудящие высыпания. При осмотре: папулы полигональных очертаний красновато-фиолетового цвета с пупковидным западением в центре. На поверхности папул отмечается серовато-белый рисунок, при боковом освещении - восковидный блеск. При обращении к стоматологу по поводу кариеса, на слизистой оболочке щёк были обнаружены белесоватые папулы. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.





Задача 28.

У больной 60 лет на коже передней поверхности голени отмечается резко очерченная овальная бляшка с гладкой поверхностью до 8 см в диаметре. Центральная часть желтовато-коричневого цвета, слегка западает, краевая - красновато-коричневой окраски, несколько возвышается. Больная страдает сахарным диабетом. При гистологическом исследовании в очагах дезорганизации коллагена внеклеточно обнаруживаются липоидные зерна, представляющие собой фосфолипиды и холестерин. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 29.

К дерматологу обратился пациент с жалобами на патологический очаг на коже спины, появившийся 1 месяц назад после укуса клеща. При осмотре отмечается округлое красное пятно с четкими прерывистыми валикообразными краями. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.



Задача 30.

Пациентка 62 лет заметила изменение формы и цвета ногтевых пластинок пальцев кистей в течение 5 лет. Беспокоят зуд и сухость кожи стоп. При осмотре отмечено изменение ногтевых пластинок кистей. Подошвенная поверхность стоп сухая с муковидным шелушением в бороздках, в пяточных областях – очаги гиперкератоза. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назначьте обследование и лечение.