

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

«09» сентября 2021 года, протокол № 1

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

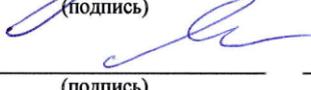
СОГЛАСОВАНО

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ Б1.Б.1 «Дерматовенерология»
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.32 «Дерматовенерология»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики:

Заведующая кафедрой, Д.М.Н. профессор <small>(должность, ученое звание, степень)</small>	 <small>(подпись)</small>	И.А. Горланов <small>(расшифровка)</small>
Ассистент кафедры, К.М.Н. <small>(должность, ученое звание, степень)</small>	 <small>(подпись)</small>	Л.М. Леина <small>(расшифровка)</small>

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры

Дерматовенерологии

название кафедры

« 31 » 08	2021 г.,	протокол заседания № 1
Заведующий кафедрой	Дерматовенерологии <small>название кафедры</small>	
Д.М.Н., профессор <small>(должность, ученое звание, степень)</small>	 <small>(подпись)</small>	И.А. Горланов <small>(расшифровка)</small>

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б1.Б.1 «Дерматовенерология»	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

код наименование

№	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Оценочные средства	Способ контроля
			наименование	
1.	Б1.Б.1.1 Общая дерматовенерология. Основы диагностики кожных болезней.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
2.	Б1.Б.1.2 Инфекционные болезни кожи	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
3.	Б1.Б.1.3 Неинфекционные болезни кожи.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно
4.	Б1.Б.1.4 Инфекции передаваемые половым путем	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11	- вопросы - тесты - задачи	- устно - тестирование - устно

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Б1.Б.1 «Дерматовенерология»

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
1.	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	пациент-ориентированный подход в современной медицине; роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения;	проводить организацию самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез); применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач в области дерматовенерологии анализировать медицинскую информацию профессионального дерматовенерологического содержания, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины.	нормативной и распорядительной документацией; современными образовательными и технологиями
2.	ПК-1	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	принципы организации работы отделений профилактики, центров здоровья, формы и методы профилактического консультирования по вопросам медицинской профилактики основных неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни; уровни и методы первичной профилактики, методы диагностики и профилактики инфекционных заболеваний кожи и слизистых оболочек, ИППП.	применять нормативно-правовую базу в медицинской профилактике; предпринимать меры профилактики направленные на предупреждения возникновения или распространения, использовать знания по профилактике болезней кожи и ИППП использовать различные формы мотивации, обучения, консультирования в области формирования здорового образа жизни и навыков медицинской профилактики	методами оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней, их коррекции, давать рекомендации по здоровому питанию, мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастного-половых групп и состояния здоровья, навыками проведения гигиенического воспитания в формировании здорового образа жизни населения,

					самостоятельной разработки программ и проектов популяционной и индивидуальной профилактики.
3.	ПК–2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	принципы ведения типовой учетно–отчетной медицинской документации, требования и правила получения информированного согласия на диагностические процедуры правила составления диспансерных групп; основные принципы диспансеризации больных с заболеваниями кожи и ИППП	провести общеклиническое исследование по показаниям выяснять жалобы пациента, собирать анамнез заболевания и жизни, заполнять документацию; проводить клиническое обследование пациента: внешний осмотр, формировать диспансерные группы,	навыками осуществления санитарно–просветительской работы с взрослым населением, направленной на пропаганду здоровья, предупреждение заболеваний кожи, навыками заполнения учетно–отчетной документации, навыками оформления информированного согласия, методами контроля за эффективностью диспансеризации
4.	ПК–5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных с инфекционными и неинфекционными заболеваниями кожи, необходимые для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	выбирать и использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов клинико–иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики заболевания и патологических процессов; оформлять медицинскую документацию. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, поставить диагноз согласно МКБ-10 на основании данных основных и дополнительных методов	владеть методами обследования (расспрос, сбор объективной и субъективной информации) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов при кожных заболеваниях; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза пациентам на основании Международной классификации болезней

				исследования.	
5.	ПК–6	готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями	основные характеристики лекарственных препаратов, используемых в дерматовенерологии, показания и противопоказания к их назначению, показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов; методы лечения заболеваний, согласно установленным стандартам.	оказывать первую помощь, лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях, осуществить выбор и обосновать необходимость применения лекарственных средств.	алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий при неинфекционных болезнях кожи, инфекционных и паразитарных болезнях кожи, микозах, инфекциях, передаваемых половым путем; оценки тяжести состояния больного: определения объема первой и неотложной помощи и оказания ее; выявления показаний к срочной или плановой госпитализации; составления обоснованного плана лечения; выявления возможных осложнений лекарственной терапии; коррекции плана лечения при отсутствии эффекта или развитии осложнений; своевременно выявлять жизнеопасные нарушения
6.	ПК–8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	основные подходы к рекомендациям и назначению оптимального режима питания, труда, отдыха в зависимости от морфофункционального статуса; определять показания и противопоказания к назначению физиотерапии,	обосновать выбор физиотерапевтического воздействия, природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии; предпринимать меры профилактики осложнений при физиотерапевтическом лечении; лекарственной,	осуществлять реабилитационные мероприятия методами физиотерапии, лекарственной, немедикаментозной терапии использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов

			рефлексотерапии, фототерапии, гомеопатии и др. средств немедикаментозной терапии при заболеваниях кожи, слизистых оболочек; механизм лечебно-реабилитационного воздействия физиотерапии, рефлексотерапии, фототерапии, гомеопатии и др. средств немедикаментозной терапии; использовать основные курортные факторы при лечении пациентов дерматологического профиля;	немедикаментозной терапии; разработать оптимальную тактику лечения заболеваний с использованием физиотерапевтических методов, природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии	немедикаментозной терапии с учетом современных подходов к назначению средств
7.	ПК–10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	основы законодательства о здравоохранении и санитарно-эпидемиологическом благополучии населения; основные официальные документы, регламентирующие охрану здоровья населения; нормативные документы по профилактике кожных и венерических заболеваний среди населения	использовать знания для предотвращения врачебных ошибок.	навыками применения основ законодательства о здравоохранении и санитарно-эпидемиологическом благополучии населения; основные официальные документы, регламентирующие охрану здоровья населения;
8.	ПК–11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	критерии оценки качества оказания медицинской помощи, используемые при внутриведомственном и вневедомственном контроле.	рассчитать статистические показатели, в том числе, оценки работы круглосуточного и дневного стационара, амбулаторно-поликлинического звена с анализом заболеваемости дерматозами и ИППП; международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию,	методиками медико-статистического анализа информации для разработки плана мероприятий для повышения качества оказания медицинской помощи

				международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации МКБ–10;	
--	--	--	--	--	--

**КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ОЦЕНКИ
знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в
процессе освоения дисциплины Б1.Б.1 «Дерматовенерология»**

Вопросы для устного собеседования

1. Строение и функции кожи и слизистых оболочек.
2. Первичные и вторичные высыпные элементы.
3. Стафилодермия. Классификация. Стафилодермия новорожденных и грудных детей. Клинические варианты, их характеристика, течение, диагностика, профилактика.
4. Стафилодермия детей старше года, подростков и взрослых. Клинические варианты, их характеристика, течение, диагностика, лечение профилактика.
5. Смешанные и атипичные формы пиодермий. Разновидности, их клиническая характеристика, течение, диагностика, лечение.
6. Стафилококковый синдром «обожженной кожи». Этиопатогенез, клиника, течение. Дифференциальная диагностика с синдромом Лайела, лечение, профилактика.
7. Стрептодермия. Этиология, патогенез, классификация. Клиника вариантов стрептококковых поражений кожи. Течение, диагностика, лечение. Профилактика импетигиозных форм стрептодермий в детском коллективе.
8. Стрептодермия. Этиология, патогенез, классификация. Клиника вариантов стрептококковых поражений кожи. Течение, диагностика, лечение. Неимпетигиозные формы.
9. Кожные проявления Лайм-боррелиоза. Клиника, диагностика, лечение.
10. Рубромикоз, Этиология, патогенез, клиника, течение, диагностика, профилактика, лечение. Эпидермофития. Этиология, клинические проявления, течение, диагностика, лечение. Онихомикозы.
11. Микроспория. Этиология, патогенез, разновидности. Клиническая характеристика форм микроспории. Течение, диагностика, лечение. Профилактика микроспории в детском коллективе.
12. Дрожжевые поражения. Этиопатогенез. Классификация. Клиника поверхностных форм поражения кожи и слизистых. Гранулематозный и хронический генерализованный кандидоз. Течение, диагностика, лечение.
13. Микозы стоп и ладоней. Онихомикозы. Этиопатогенез. Варианты, их клиническая характеристика, течение, диагностика и лечение. Современные методы и средства лечения онихомикозов.
14. Трихофития. Этиология, патогенез, клинические разновидности. Характеристика поверхностной, хронической и инфильтративно-нагноительной трихофитии. Течение, диагностика, лечение, профилактика.
15. Разноцветный лишай. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

16. Чесотка. Этиология, патогенез, клиника, течение и диагностика чесотки. Особенности клинического течения чесотки у детей. Норвежская чесотка, патогенез, клиника. Современные методы лечения чесотки, профилактика.
17. Педикулез, разновидности, клиника, диагностика, лечение.
18. Кожный лейшманиоз. Этиология, патогенез. Клинические варианты, их клиника, течение, диагностика, лечение. Общественная и индивидуальная профилактика.
19. Вирусные дерматозы. Этиопатогенез, разновидности. Клинические проявления поражений кожи вызванных вирусом простого герпеса, диагностика, лечение, профилактика.
20. Вирусные дерматозы. Этиопатогенез, разновидности. Клинические проявления поражений кожи вызванных герпес-симплекс и зостер-варицела вирусами, диагностика, лечение, профилактика.
21. Папилломовирусная инфекция: бородавки, остроконечные кандиломы. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
22. Контагиозный моллюск. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
23. Вирусная пузырьчатка слизистой рта, ладоней, подошв.
24. Осложнения экземы и атопического дерматита у детей и взрослых. Герпетиформная экзема Капоши: этиопатогенез, клиника, течение. Диагностика, лечение, профилактика.
25. Туберкулез кожи. Этиопатогенез, классификация. Клиника, течение, диагностика, лечение, профилактика туберкулезной волчанки.
26. Туберкулез кожи. Значение макро- и микроорганизма в развитии туберкулеза кожи. Клиническая характеристика преимущественно диссеминированных форм туберкулеза: папулонекротического, лихеноидного, индуративного. Течение, лечение профилактика.
27. Туберкулез кожи. Этиопатогенез. Классификация. Клиническая характеристика колликувативного, бородавчатого, язвенного и первичного туберкулеза кожи, течение, диагностика, лечение, профилактика.
28. Лепра. Этиология, патогенез, классификация. Клиническая характеристика основных форм лепры. Течение, диагностика, осложнения, лечение и профилактика.
29. Болезни кожи новорожденных и грудных детей. Физиологические и пограничные состояния.
30. Болезни кожи новорожденных и грудных детей. Аплазия кожи, склерема, адипонекроз.
31. Красный плоский лишай. Этиопатогенез, клинические разновидности, их характеристика, течение, дифференциальная диагностика, лечение.
32. Дерматиты. Этиопатогенез, клинические варианты. Общая характеристика острых контактных дерматитов. Клиника, течение, лечение.
33. Аллергический контактный дерматит. Дерматиты от растений. Этиопатогенез, клиника, течение, лечение.
34. Дерматиты. Определение, этиопатогенез. Фотодерматозы. Этиопатогенез, клинические варианты, их клиника. Поздняя кожная порфирия.
35. Токсидермия. Этиопатогенез. Общая характеристика токсидермий. Клиника фиксированной эритемы. Синдром Лайелла, клиника, течение, дифференциальная диагностика, лечение.

36. Многоформная экссудативная эритема. Этиопатогенез, клиника, течение, дифференциальная диагностика, лечение. Синдром Стивенсона-Джонсока, этиология, клиника, лечение.
37. Крапивница. Этиопатогенез, клинические разновидности, их разновидности, их характеристика, течение, диагностика, лечение. Острый отек Квинке.
38. Атопический дерматит. Этиопатогенез, возрастные варианты течения, их клинические проявления, диагностические критерии, лечение. Диспансерное наблюдение.
39. Хейлиты. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
40. Себорейный дерматит грудных детей и взрослых. Этиология, клиника, лечение.
41. Десквамативная эритродермия Лейнера-Муссу. Этиология, клиника, лечение.
42. Строфулюс и почесуха. Этиопатогенез этих заболеваний, клиника, течение. Дифференциальная диагностика между ними и их с чесоткой. Лечение. Диспансеризация.
43. Розовый лишай Жибера. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
44. Экзема. Этиопатогенез, клинические разновидности. Общая характеристика экзем. Клиника, течение, диагностика истинной, себорейной, микробной, дисгидратической и профессиональной экзем. Лечение, диспансерное наблюдение.
45. Ихтиоз. Определение, этиопатогенез. Варианты врожденного ихтиоза, их клиническая характеристика, течение, диагностика, лечение. Лечение врожденного ихтиоза в период новорожденности.
46. Врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
47. Вульгарный ихтиоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
48. X-сцепленный ихтиоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
49. Кератодермии. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
50. Врожденный буллезный эпидермолиз. Классификация, клиника простого буллезного эпидермолиза, диагностика, лечение.
51. Врожденный буллезный эпидермолиз. Классификация, клиника юнктиального врожденного буллезного эпидермолиза, диагностика, лечение.
52. Врожденный буллезный эпидермолиз. Классификация, клиника дистрофического врожденного буллезного эпидермолиза, диагностика, лечение.
53. Энтеропатический акродерматит. Клиника, диагностика, лечение.
54. Синдром недержания пигмента. Клиника, диагностика, лечение.
55. Факоматозы. Общая характеристика. Туберозный склероз. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
56. Факоматозы. Синдром Реклингаузена. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
57. Синдром Пейца-Егерса-Турена. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
58. Синдром Стерджа-Ведера-Краббе. Этиология, клиника, лечение.
59. Синдром Клишпеля-Треноне-Вебера. Этиология, клиника, лечение.
60. Псориаз. Этиопатогенез. Клинические разновидности, их клиническая характеристика, течение, дифференциальная диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.

61. Красный плоский лишай. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
62. Парапсориазы: каплевидный, острый Муха-Губермана, лихеноидный и бляшечный. Этиопатогенез. Клиническая характеристика всех форм, течение, диагностика, диспансерное наблюдение.
63. Красный волосяной отрубевидный лишай Девержи. Этиопатогенез, разновидности. Клиника, течение, дифференциальная диагностика, лечение.
64. Красная волчанка. Этиопатогенез, классификация. Клиническая характеристика хронических вариантов: дискоидной, диссеминированной, центробежной и глубокой, течение, дифференциальная диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
65. Склеродермия. Этиопатогенез, классификация. Клиническая характеристика, течение, дифференциальная диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
66. Дерматомиозит. Этиопатогенез, разновидности. Клиника, течение, дифференциальная диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
67. Васкулиты кожи. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
68. Пузырные дерматозы. Вульгарная пузырчатка. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
69. Пузырные дерматозы. Буллезный пемфигоид. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
70. Пузырные дерматозы. Герпетиформный дерматоз Дюринга. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
71. Болезни волос врожденные и приобретенные. Их этиопатогенез, клиническая характеристика этих форм. Круговидное выпадение волос, патогенез, клиника, течение, диагностика, лечение.
72. Нарушение пигментации, врожденные и приобретенные депигментации: альбинизм, его разновидности, клиника. Витилиго, этиопатогенез, клиника, лечение. Гиперпигментация: веснушки, лентиго, хлоазмы, меланодермии, клиника, течение, диагностика, лечение.
73. Угри. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
74. Розацея. Патогенез, течение, дифференциальная диагностика, лечение.
75. Мастоцитоз. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
76. Кольцевидная гранулема. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
77. Эпителиальные пороки развития. Эпидермальные невусы. Клиника, диагностика.
78. Доброкачественные опухоли кожи. Клиника, диагностика.
79. Меланоцитарные невусы кожи. Клиника, диагностика.
80. Злокачественные заболевания кожи. Клиника, диагностика.
81. Лимфомы кожи. Классификация, клиника, диагностика.
82. Лангергансо-клеточный гистиоцитоз. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
83. Сифилис, возбудитель, пути передачи. Условия, способствующие зарождению, инкубационный период, иммунитет. Классификация. Общая патология приобретенного сифилиса.

84. Первичный период сифилиса, клиника типичных проявлений первичного сифилиса. Разновидности шанкров. Осложнения первичного сифилиса. Дифференциальная диагностика. Лечение.
85. Вторичный период сифилиса. Клиника вторичного периода, течение. Дифференциальная диагностика. Лечение.
86. Третичный период сифилиса, причины возникновения. Клиническая характеристика поражения кожи, слизистых, внутренних органов, костей, суставов, нервной системы, органов чувств (глаз, слуха); течение. Дифференциальная диагностика. Лечение.
87. Скрытый и серорезистентный сифилис, определение этих форм. Диагностика, лечение. Критерии излеченности больных сифилисом.
88. Врожденный сифилис. Этиопатогенез. Клинические проявления раннего врожденного сифилиса детей грудного возраста. Дифференциальная диагностика. Течение, лечение, диспансерное наблюдение.
89. Врожденный сифилис. Этиопатогенез. Характеристика клинических проявлений раннего врожденного сифилиса раннего детского возраста, течение, диагностика, лечение.
90. Поздний врожденный сифилис. Причины возникновения. Клиническая характеристика поражений кожи, слизистых, внутренних органов, костей, суставов, нервной системы. Характеристика безусловных, вероятных признаков и стигм, их диагностическое значение; течение позднего врожденного сифилиса.
91. Поражение слизистых при приобретенном и врожденном сифилисе, их клиника, диагностика.
92. Поражение костей и суставов при приобретенном врожденном сифилисе. Клиническая характеристика, диагностика.
93. Серологические реакции при сифилисе, их характеристики. Динамика. Значение в диагностике и лечении сифилиса. Критерии излеченности больных сифилисом.
94. Принципы лечения больных сифилисом. Понятие о превентивном и профилактическом лечении. Характеристика основных противосифилитических средств. Диспансерное наблюдение больных сифилисом.
95. Гонорея. Этиология, патогенез. Клиническая классификация. Клиника свежей острой, подострой и торпидной гонореи мужчин. Хроническая гонорея. Осложнения гонореи мужчин. Течение, диагностика, лечение. Установление критериев излеченности.
96. Гонорея. Этиопатогенез. Клиническая характеристика диссеминированной гонореи, течение, диагностика. Экстрагенитальная гонорея. Клиника гонорейного стоматита, фарингита. Гонорея глаз: клиника, течение, лечение, профилактика.
97. Вульвовагиниты девочек. Определение. Классификация. Клиника, течение, лечение гонорейного вульвовагинита, критерии излеченности. Профилактика в родильном доме и детском коллективе.
98. Вульвовагиниты девочек. Классификация. Клиника, течение, диагностика, в том числе дифференциальная бактериальных, трихомонадных, вирусных и кандидозных вульвовагинитов. Их лечение, профилактика.
99. Хламидиоз. Этиопатогенез. Клинические проявления хламидийной инфекции у мужчин, женщин и детей. Течение, диагностика, лечение.

100. Микоплазмоз. Этиология, патогенез. Клинические проявления микоплазменной инфекции у детей и взрослых. Течение, диагностика. Лечение, профилактика.
101. Трихомониаз. Этиология, патогенез. Клиническая картина трихомонадных поражений мочеполовой системы у девочек, женщин; мужчин, мальчиков. Течение, диагностика, лечение.
102. СПИД/ВИЧ. Этиопатогенез, фазы течения. Клинические проявления поражения кожи и слизистых при СПИДе/ВИЧ (дерматологические маркеры СПИДа/ВИЧ), их характеристики. Диагностика ВИЧ-инфекции. Принципы лечения. Профилактика.

Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«**Отлично**» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«**Хорошо**» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«**Удовлетворительно**» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«**Неудовлетворительно**» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

Тестовые задания

1. Гипоаллергенная диета может назначаться больным
 - а) псориазом
 - б) буллёзным 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

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) лентиго
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) преднизолон
 - 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 парапсориаз 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 пузырьчатке новорожденных
 - б) врожденного буллезного эпидермолиза
 - в) доброкачественной семейной пузырьчатке 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 пузырьчатке
 - в) при приобретенном буллезном эпидермолизе
 - г) при претибиальном буллезном эпидермолизе
 - д) при буллезном пемфигоиде Левера
51. Трансформация пигментного невуса в злокачественную меланому может проявиться
- а) неравномерной зоной гиперемии вокруг невуса
 - б) увеличением или неравномерностью пигментации
 - в) увеличением или неравномерностью плотности
 - г) изъязвлением, кровоточивостью, увеличением размеров
 - д) всем перечисленным
52. Диагностические критерии вульгарного аутосомно-доминантного ихтиоза основаны на выявлении (исключите неправильный ответ)
- а) шелушение кожи преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей
 - б) фолликулярного кератоза
 - в) утолщения и усиленной складчатости ладоней и подошв

- г) эритродермии и дисморфии лица
 - д) аутосомно-доминантного типа наследования
53. Токсикодермия характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) бурной воспалительной реакцией кожи
 - б) большой распространенностью, вплоть до эритродермии
 - в) нарушением общего состояния
 - г) быстрым регрессом после устранения контакта с аллергеном
 - д) всем перечисленным
54. В формировании пузырька характерны явления баллонной дегенерации при:
- а) истинной экземе
 - б) герпетической экземе Капоши
 - в) простом пузырьковом лишае
 - г) аллергическом дерматите
55. Генерализованный зуд кожи наблюдается при
- а) болезнях печени
 - б) сахарном диабете
 - в) лимфоме
 - г) заболеваниях щитовидной железы
 - д) всем перечисленным
56. Какие из перечисленных элементов встречаются при кожном зуде?
- а) эритема
 - б) папулы
 - в) эксфолиации
 - г) лихенификации
 - д) волдырь
57. Основной механизм образования волдыря
- а) инфильтрация дермы
 - б) отек сосочкового слоя
 - в) расширение сосудов
 - г) акантоз
 - д) паракератоз
58. Какие из перечисленных элементов характерны для строфулюса?
- а) волдыри
 - б) папуло-везикулы
 - в) лихенификации
 - г) эксфолиации
 - д) бугорки
59. При каких дерматозах наблюдается морфологический элемент – серопапула?
- а) строфулюсе
 - б) чесотке взрослых
 - в) транзиторном акантолитическом дерматозе Гровера

- г) атопический дерматит
60. При мастоцитозах можно определить:
- а) скопление тучных клеток
 - б) увеличение в моче концентрации гистамина и его метаболитов
 - в) повышение в плазме крови уровня триптазы
 - г) все перечисленное верно
61. Основные диагностические критерии дискоидной красной волчанки
- а) эритема
 - б) фолликулярный гиперкератоз
 - в) атрофия
 - г) фотосенсибилизация
 - д) все перечисленное
62. Симптомы, характерные для дискоидной красной волчанки:
- а) Симптом Никольского
 - б) яблочного желе
 - в) Бенье-Мещерского
 - г) Горчакова-Арди
 - д) Проваливания зонда
63. Базисные препараты, используемые для лечения красной волчанки
- а) пенициллин
 - б) супрастин
 - в) преднизолон
 - г) гипосульфат натрия
 - д) антамалярийные средства
64. стадии развития ограниченной склеродермии:
- а) стадия отека
 - б) эритематозная
 - в) индуративная
 - г) стадия атрофии
 - д) сквамозная
65. Трансформация кожной формы красной волчанки в системную наиболее вероятна при:
- а) центробежной эритеме Биетта
 - б) диссеминированной красной волчанке
 - в) глубокой форме красной волчанке
 - г) все перечисленное верно
66. К признакам активности склеродермического процесса относится все, кроме:
- а) увеличения размеров очага
 - б) увеличения плотности очага
 - в) появления лилового венчика вокруг бляшки
 - г) нарастания атрофии
67. Буро-лиловый оттенок (цвет гелиотропа) характер для высыпаний при:
- а) дерматомиозите
 - б) склеродермии

- в) красном плоском лишае
г) дискоидной красной волчанке
68. Отечные геморрагические пятна – «пальпируемая пурпура» характерны для:
а) Геморрагического васкулита
б) б-ни Кавасаки
в) гранулематоза Вегенера
г) синдрома Бехчета
69. Для пузырьчатки и дерматоза Дюринга общими являются:
а) первичный морфологический элемент – пузырь
б) мономорфизм сыпи
в) положительный симптом Никольского
г) отсутствие субъективных ощущений
70. Йодная проба проводится при:
а) дерматозе Дюринга
б) вульгарной пузырьчатке
в) разноцветном лишае
г) красном плоском лишае
71. У больных дерматозом Дюринга отмечается повышенная чувствительность к препаратам:
а) серы
б) меди
в) йода
г) золота
72. Какие первичные элементы характерны для псориаза?
а) волдырь
б) папулы
в) пузырек
г) пятно
д) бугорок
73. Триада Ауспитца выявляется при:
а) красной волчанке
б) лепре
в) псориазе
г) экземе
д) туберкулезе
74. Для красного плоского лишая характерно все, кроме:
а) папул
б) геморрагических пятен
в) розово-синюшной окраски элементов
г) восковидного блеска
д) полигональной формы и пупковидного вдавления

75. Лихеноидный хронический параспориоз характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме:
- а) феномена «облатки»
 - б) феномена скрытого шелушения
 - в) появления мелких плотных красно-коричневых папул
 - г) положительной пробы «жгута»
 - д) положительной триады Ауспитца
76. Чаще всего эритроплазия Кейралокадизуется:
- а) на коже кистей
 - б) на коже туловища
 - в) в области половых органов мужчин
 - г) в области половых органов женщин
 - д) на коже нижних конечностей
77. Какой из приведенных признаков не характерен для классической саркомы Капоши?
- а) частое развитие у женщин
 - б) частое развитие у мужчин
 - в) локализация в области голеней и стоп
 - г) наличие пятен, бляшек, узлов
 - д) заканчивается лимфостазом
78. Симптомы жидкой себореи наиболее часто наблюдаются на коже:
- а) лица
 - б) волосистой части головы
 - в) груди
 - г) спины
 - д) все перечисленное верно
79. Для стрептококкового импетиго характерно все перечисленное, кроме
- а) появления на коже фликтен
 - б) желтых корок
 - в) быстрого распространения
 - г) воспалительных узлов
 - д) воспалительного ободка вокруг фликтен
80. К препаратам, предназначенным для наружного применения при лечении простого и опоясывающего герпеса, относятся все перечисленные, кроме
- а) оксолиновой мази
 - б) линимента госсипола
 - в) ихтиоловой мази
 - г) теброфеновой мази
 - д) мази заверакс
81. Для опоясывающего лишая характерны все перечисленные признаки, кроме
- а) резкой болезненности

- б) нарушения общего состояния
 - в) диссеминации высыпания по всему туловищу
 - г) асимметричности и группировки высыпаний
 - д) отсутствия рецидивов
82. Норвежская чесотка
- а) представляет географическую разновидность обычной чесотки
 - б) развивается у лиц с иммунодефицитом
 - в) вызывается чесоточными клещами - паразитами животных
 - г) развиваются у пациентов с атопическим дерматитом
 - д) правильно б) и г)
83. Для чесотки характерны
- а) парные папулы
 - б) геморрагии
 - в) точечные зудящие пузырьки
 - г) волдыри
 - д) полигональные папулы
85. Рожь
- а) стрептококковая инфекция кожи и подкожной клетчатки
 - б) часто локализуется на лице
 - в) редко повторяется
 - г) пораженная поверхность может быть покрыта пузырями
 - д) правильно все перечисленное, кроме в)
86. При фурункулезе не следует назначать
- а) флуцидар
 - б) чистый деготь
 - в) мази с антибиотиками
 - г) фукорцин
 - д) анилиновые красители
87. При гидрадените в воспалительный процесс вовлекаются
- а) апокриновые потовые железы
 - б) эккриновые потовые железы
 - в) сальные железы
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
88. При псевдофурункулезе в воспалительный процесс вовлекаются
- а) эккриновые потовые железы
 - б) апокриновые потовые железы
 - в) волосяные фолликулы
 - г) все перечисленное

- д) ничего из перечисленного
89. Гнойное воспаление апокриновых потовых желез – это:
- а) фурункул
 - б) сикоз
 - в) гидраденит
 - г) псевдофурункулез
90. Гидраденитом болеют:
- а) дети грудного возраста
 - б) дети до периода полового созревания
 - в) лица зрелого возраста
 - г) лица преклонного и старческого возраста
91. Для стрептодермий характерно наличие:
- а) остиофолликулитов
 - б) фликтен
 - в) угрей
 - г) комедонов
 - д) кист
92. Зоофильными грибами вызываются
- а) микроспория
 - б) поверхностная трихофития
 - в) глубокая трихофития
 - г) разноцветный лишай
 - д) правильно а) и в)
93. Грибковые заболевания кожи вызываются всеми перечисленными возбудителями, кроме
- а) трихофитонов
 - б) эпидермофитонов
 - в) палочек Ганзена
 - г) дрожжеподобных грибов
 - д) микроспорумов
94. Для микроспории гладкой кожи характерно все перечисленное, кроме
- а) пятен
 - б) нечетких границ и быстрого самопроизвольного разрешения
 - в) пузырьков по краю очагов
 - г) шелушения
 - д) пустул
95. При обнаружении микроспории у 4-летнего ребенка следует провести все перечисленные профилактические мероприятия, кроме
- а) камерной дезинфекции одежды, постели и игрушек ребенка
 - б) запрета на посещение детского сада
 - в) камерной дезинфекции и влажной дезинфицирующей уборки в детском саду
 - г) профилактического осмотра детей в детском саду
 - д) профилактического лечения детей в детском саду

96. К трихомикозам относится все перечисленное, кроме
- актиномикоза
 - фавуса
 - трихофитии
 - микроспории
 - микроспории, вызванной ржавыммикроспорумом
97. Для общей терапии дерматомикозов используют:
- итроконазол
 - низорал
 - тербинафин
 - гризеофульвин
 - все перечисленное
98. Для подтверждения клинического диагноза микроспории применяют исследование:
- люминисцентное
 - микроскопическое
 - культуральное
 - все перечисленное
99. Достоверным признаком позднего врожденного сифилиса является
- бугорки кожи туловища
 - лабиринтная глухота
 - гуммы кожи туловища
 - саблевидные голени
100. Патогномичным симптомом раннего врожденного сифилиса является
- остеохондрит I степени
 - остеохондрит II степени
 - периостит
 - остеомиелит
101. Гипоаллергенная диета может назначаться больным
- псориазом
 - буллёзным дерматозами
 - склеродермией
 - экземой, атопическим дерматитом
 - все перечисленное
102. Диета больных дерматитом Дюринга предусматривает
- исключение из рациона продуктов, приготовленных из злаков
 - ограничение углеводов
 - ограничение белков
 - ограничение поваренной соли
 - снижение калорийности пищевого рациона
103. К препаратам, блокирующим H₂-гистаминовые рецепторы, относится
- циметидин

- b) димедрол
- c) супрастин
- d) фенкарол
- e) диазолин

104. Лечебное питание больных себорей и вульгарными угрями предусматривает все перечисленное, кроме

- a) гипоаллергенной диеты
- b) уменьшения в рационе животных жиров
- c) исключения поваренной соли
- d) исключения острых блюд
- e) ограничения углеводов

105. В формировании пузырька характерны явления баллонной дегенерации при:

- a) истинной экземе
- b) герпетической экземе Капоши
- c) простом пузырьковом лишае
- d) аллергическом дерматите

106. Гиперкератоз – это утолщение

- a) эпидермиса
- b) базального слоя
- c) шиповидного слоя
- d) зернистого слоя
- e) рогового слоя

107. К осложнениям, наблюдающимся при наружном применении глюкокортикоидных гормонов, относятся

- a) атрофия кожи
- b) пиодермия
- c) келоидный рубец
- d) гиперкератоз
- e) правильно а) и б)

108. При образовании волдыря возникают

- a) гранулез
- b) отек сосочкового слоя дермы
- c) гиперкератоз
- d) акантоз

109. Спонгиоз – это

- a) скопление в межклеточных щелях отечной жидкости
- b) раздвижение эпителиальных клеток
- c) растягивание межклеточных мостиков и разрыв межклеточных связей
- d) формирование микровезикул
- e) все перечисленное

110. Вторичными элементами, появляющимися после нарушения целостности только эпидермиса, являются
- a) эрозия
 - b) язва
 - c) поверхностная трещина
 - d) рубец
 - e) все перечисленное
111. Акантолиз – это
- a) разрушение межклеточных мостиков клеток шиповидного слоя
 - b) скопление серозной жидкости
 - c) образование внутридермальных пузырей
 - d) дегенеративное изменение эпидермальных клеток, утративших связь с окружающими и плавающими в пузырной жидкости
 - e) все перечисленное
112. Гранулез – это утолщение
- a) эпидермиса
 - b) шиповидного слоя
 - c) зернистого слоя
 - d) базального слоя
 - e) рогового слоя
113. К первичным полостным морфологическим элементам относятся
- a) пятно
 - b) узелок и узел
 - c) бугорок
 - d) волдырь
 - e) пузырек
114. Лихенификация характеризуется
- a) уплотнением
 - b) пигментацией
 - c) утолщением кожи
 - d) усилением кожного рисунка
 - e) всем перечисленным
115. Эпидермис имеет слои
- a) роговой
 - b) зернистый
 - c) шиповидный
 - d) базальный
 - e) все перечисленные
116. В базальном слое имеют место все перечисленные клетки, кроме
- a) кератиноцитов(эпидермоцитов)
 - b) меланоцитов
 - c) клеток Лангерганса
 - d) клеток Меркеля

е) гистиоцитов

117. Основными клеточными компонентами дермы являются

- а) фибробласты
- б) фиброциты
- с) гистиоциты
- д) тучные клетки
- е) все перечисленные

118. Проведение дифференциального диагноза предусматривает оценку

- а) анамнеза
- б) клинической картины заболевания
- с) результатов лабораторного и гистологического обследования
- д) пробного лечения
- е) всего перечисленного

119. К первичным морфологическим элементам кожи относят:

- а) узелки
- б) вегетации
- с) чешуйки
- д) рубцы
- е) пятна

120. К придаткам кожи относятся

- а) волосы
- б) ногти
- с) мышечные волокна
- д) нервные окончания
- е) потовые и сальные железы

121. К вторичным морфологическим элементам кожи относят:

- а) язвы
- б) пустулы
- с) узлы
- д) волдыри
- е) пузырьки

122. К разновидностям пустулы относят:

- а) узел
- б) импетиго
- с) эктиму
- д) язву
- е) фликтену

123. Спонгиоз наблюдается при:

- а) красном плоском лишае
- б) псориазе

- c) экземе
- d) простом герпесе
- e) вульгарной пузырчатке

124. Гранулез – это:

- a) усиленное размножение клеток шиповатого слоя
- b) увеличение рядов зернистого слоя
- c) истончение всех слоев эпидермиса

125. Сосудистые пятна больших размеров называют:

- a) розеолой
- b) эритемой
- c) пурпурой
- d) гематомой
- e) лентиго

126. Если у больного имеются пузырьки, эрозии, эскориации, корочки, папулы – какой это полиморфизм?

- a) истинный
- b) ложный

127. Кожа состоит из слоев:

- a) эпидермиса
- b) сосудистого слоя
- c) мышечного слоя
- d) дермы
- e) гиподермы

128. Чья кожа содержит большее количество воды?

- a) детская
- b) взрослая

129. При нарушении кератинизации кожи наиболее эффективным является назначение:

- a) тигазона
- b) роаккутана
- c) рибофлавина
- d) варфарина

130. Жизненный цикл клеток эпидермиса составляет:

- a) 10 – 14 дней
- b) 35 – 37 дней
- c) 26 – 28 дней

131. На какую группу препаратов, из перечисленных, чаще всего развивается синдром Стивенса- Джонсона:

- a. пенициллины
- b. цефалоспорины
- c. хинолоны

- d. сульфонамиды
- e. макролиды

132. Что из перечисленного имеет наибольший риск возникновения синдрома Стивенса-Джонсона при использовании в одиночку?
- a) ламотриджин
 - b) аспирин
 - c) цефаклор
 - d) аскорбиновая кислота
 - e) ретинола ацетат
133. На второй день лечения антибиотиками инфекции мочевыводящих путей у пациента развивается поражение кожи в виде «мишеней», розовато-фиолетового цвета, лихорадка и гипотония. Какой препарат, скорее всего, вызвал эту реакцию?
- a) пенициллин
 - b) сульфонамиды
 - c) тетрациклин
 - d) наликсидиновая кислота
134. Пациент начал лечение по поводу инфекции мочевыводящих путей. Через 2 дня у нее появилась пятнисто-папулезная сыпь розового цвета и шелушение. Какой препарат чаще всего вызывает эти результаты?
- a) триметоприм/сульфометаксазол
 - b) пенициллин
 - c) тетрациклин
 - d) ципрофлоксацин
135. 4-х летний ребенок поступил в отделение реанимации после приема таблеток, принадлежащих его отцу. Его отец ездил за границу и недавно лечился от бактериальной дизентерии. При поступлении также у него периодически возникали тошнота и рвота, жидкий стул и отмечались высыпания на коже в виде разлитой гиперемии, на фоне которой имелись вялые пузыри. У ребенка отмечались бледность кожных покровов и гипотензия. Какой лекарственный препарат наиболее вероятен для ребенка?
- a) ампициллин
 - b) доксициклин
 - c) ванкомицин
 - d) триметоприм/сульфометаксазол
136. Какое из следующих заболеваний кожи связано с лекарственной аллергией?
- a) синдром токсического шока

- b) токсический эпидермальный некролиз
- c) синдром стафилококковой обожженной кожи
- d) импетиго

137. О каком заболевании можно думать при положительном симптоме Никольского?

- a) многоформная экссудативная эритема
- b) токсический эпидермальный некролиз
- c) буллезное импетиго
- d) простая форма врожденного буллезного эпидермолиза

138. Какое лекарство НЕ связано с синдромом Стивенса-Джонсона?

- a) триметоприм/сульфаметоксазол
- b) ламотриджин
- c) аллопуринол
- d) хлоропирамин

139. С какими заболеваниями из следующих связан синдром Стивенса-Джонсона?

- a) токсический эпидермальный некролиз
- b) узловатая эритема
- c) мигрирующая эритема
- d) псориаз

140. Ограниченной формой какого из следующих заболеваний является синдром Стивенса-Джонсона?

- a) токсический эпидермальный некролиз
- b) Розовый лишай
- c) фиксированная эритема
- d) многоформная экссудативная эритема

141. Какова основная причина токсического эпидермального некролиза (ТЭН)?

- a) лекарственные препараты
- b) пищевая аллергия
- c) инфекция
- d) ничего из перечисленного

142. Какой класс препаратов является наиболее распространенной причиной токсического эпидермального некролиза (ТЭН)?

- a) макролиды
- b) сульфонамиды
- c) тетрациклины
- d) фторхинолоны

143. Что из перечисленного является наиболее частой причиной токсического эпидермального некролиза у детей?

- a) ламотриджин
- b) пенициллин
- c) цефаклор
- d) цефтриаксон

144. Пациент с выраженным поражением слизистой рта, обширным поражением кожи в виде разлитой эритемы с пузырями. Какой наиболее вероятный диагноз?

- a) токсический эпидермальный некролиз
- b) многоформная экссудативная эритема
- c) синдром стафилококковой обожженной кожи
- d) DRESS - синдром

145. У ребенка, которого лечат от острого среднего отита амоксициллином, развивается многоформная экссудативная эритема, язвенные, везикулярные поражения слизистых оболочек рта и глаз, а также отслоение кожи. Выберите наиболее вероятный диагноз.

- a) синдром Кавасаки
- b) синдром Стивенса-Джонсона
- c) синдром стафилококковой обожженной кожи
- d) синдром токсического шока

146. Трехлетний ребенок, который начал принимать триметоприм-сульфаметоксазол шесть дней назад по поводу инфекции мочевыводящих путей, теперь поступает в отделение неотложной помощи с лихорадкой в течение суток и появлением плоских атипичных поражений-мишеней и пузырей, появившихся на груди и распространившихся на руки и лицо. Есть пузыри на губах и конъюнктиве. Степень отслоения кожи составляет 8%. Какова наиболее вероятная причина сыпи?

- a) Болезнь Кавасаки
- b) Синдром Стивенса-Джонсона
- c) Фотодерматит
- d) Инфекция, вызванная *Mycoplasma pneumoniae*
- e) DRESS - синдром

147. Следующее заболевание связано с аллергическими реакциями немедленного типа, опосредованные IgE:

- a) многоформная экссудативная эритема
- b) лихеноидные формы токсидермий
- c) узловатая эритема
- d) псориаз
- e) крапивница

148. С приемом каких препаратов может быть связано появление обильных папуло-пустулезных высыпаний на груди и спине у подростка 14 лет?

- a) пенициллины
- b) системные кортикостероиды
- c) тербенафин
- d) гризеофульвин
- e) триметоприм/сульфометаксазол

149. Какие заболевания чаще всего связаны с псевдоаллергическими реакциями?

- a) фиксированная эритема
- b) крапивница
- c) акнеформные высыпания
- d) лекарственные лихеноидные реакции
- e) розовый лишай

150. В развитии каких заболеваний может играть роль *Mycoplasma pneumoniae*?

- a) псориаз
- b) акнеформные токсидермии
- c) лекарственная красная волчанка
- d) экзантематозные высыпания
- e) многоформная экссудативная эритема

Ответы

1.	г	51	б	101	d
2.	а	52	в	102	a
3.	а	53	г	103	a
4.	д	54	д	104	a
5.	д	55	д	105	a
6.	б	56	е	106	e
7.	д	57	б	107	e
8.	д	58	д	108	b
9.	в	59	г	109	e
10.	д	60	д	110	a

11.	г	61	д	111	е
12.	в	62	в	112	с
13.	а	63	в	113	е
14.	д	64	в	114	е
15.	д	65	д	115	е
16.	д	66	в	116	
17.	б	67	д	117	е
18.	д	68	а	118	е
19.	в	69	д	119	а
20.	б	70	б	120	а,b,e
21.	б	71	а	121	а
22.	б	72	д	122	е
23.	а,г,д	73	д	123	с
24.	а	74	а	124	б
25.	в	75	б	125	б
26.	б	76	в	126	б
27.	в	77	а	127	а,b,e
28.	г	78	б	128	а
29.	д	79	г	129	а,b
30.	д	80	в	130	с
31.	е	81	д	131	д
32.	б	82	б	132	а
33.	д	83	а	133	б
34.	г	84	д	134	а
35.	д	85	а	135	д
36.	д	86	а	136	б
37.	в	87	а	137	б
38.	в	88	а	138	д
39.	в	89	в	139	а
40.	д	90	в	140	а
41.	в	91	б	141	а
42.	д	92	д	142	б
43.	а	93	в	143	а
44.	д	94	б	144	а
45.	б	95	д	145	б
46.	а	96	а	146	б
47.	д	97	д	147	е
48.	д	98	г	148	б
49.	а	99	б	149	б
50.	б	100	б	150	Е

Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

Задачи

ЗАДАЧА 1

На прием к врачу родители привели девочку 6 лет. Они обеспокоены неправильным развитием костей нижних конечностей, частыми головными болями, слабоумием.

АНАМНЕЗ. Родилась вне акушерского стационара, развивалась, не отставая в физическом развитии от сверстников. Часто болела простудными заболеваниями, устанавливался диагноз рахита.

ОБЪЕКТИВНО. Кожный покров без высыпаний. Лимфоузлы не увеличены. Обращают на себя внимание деформированные нижние конечности, увеличенное оволосение кожного покрова. Интеллект не соответствует возрасту. Снижена память.

ВОПРОСЫ.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать заболевание у данной больной?
3. Назначить лечение.

Ответ:

Диагноз – Поздний врожденный сифилис

ЗАДАЧА 2

На прием к врачу обратился больной К., 43 лет, инженер-электронщик, с жалобами на боль, жжение, отек кожи лица, зуд.

АНАМНЕЗ. Заболевание возникло 2 часа спустя после закапывания в глаза раствора альбуцида по поводу обострения конъюнктивита. Ранее подобной картины от приема альбуцида не развивалось. Сопутствующие заболевания: хронический конъюнктивит.

ОБЪЕКТИВНО. Процесс локализуется на лице, носит ограниченный характер, четкие границы. На фоне яркой эритемы, отека кожи лица, особенно век, имеются многочисленные мелкие папуло-везикулезные высыпания.

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. Выпишите рецепты.
5. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

Ответ:

Диагноз – аллергический контактный дерматит

ЗАДАЧА 3

На прием к врачу обратилась больная Б., 29 лет, инженер, с жалобами на раздражительность, бессонницу, эмоциональную лабильность, повышение температуры до

37,8°C, зуд, жжение, напряжение и болезненность кожи пораженных участков в области живота.

АНАМНЕЗ. Заболевание связывает с применением сульфаниламидных препаратов, которые были назначены терапевтом по поводу ОРЗ. Высыпания появились внезапно после приема препарата и сопровождались повышением температуры. В прошлом (2 года назад), после приема сульфадиметоксина возникли такие же пятна (на одном и том же месте), которые после своего исчезновения (через несколько дней) оставили аспидно-коричневого цвета пигментацию. Сопутствующие заболевания - пищевая аллергия к цитрусовым.

ОБЪЕКТИВНО. На коже груди, боковых поверхностях туловища сформированы округлых очертаний очаги, носящие ограниченный, асимметричный характер, с четкими границами, эритематозного характера, красновато-бурого цвета с темным фиолетовым оттенком.

ВОПРОСЫ.

1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
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 больной после клинического выздоровления.

Ответ:

Диагноз: Фиксированная эритема.

ЗАДАЧА 4

В реанимационное отделение детской клинической больницы поступил ребенок 11 лет с высыпаниями по всему кожному покрову. Состояние тяжелое.

АНАМНЕЗ. Заболевание началось через несколько дней после приема лекарственных препаратов — антибиотиков, салицилатов, назначенных по поводу ОРЗ. Процесс развивался остро с повышением температуры тела до 39—40°C. Лихорадке предшествовали продромальные явления в виде недомогания, сонливости, рвоты, поноса, головных болей. Затем на коже появилась уртикарная сыпь, сопровождающаяся зудом. Наряду с уртикарными высыпаниями появились скарлатиноподобные пятна и буллезная сыпь.

ОБЪЕКТИВНО. Процесс носит распространенный характер, поражая почти весь кожный покров. На фоне диффузной, болезненной эритемы располагается большое количество дряблых пузырей, увеличивающихся при минимальном на них давлении. Содержимое пузырей серозное. Определяется положительный синдром Никольского. При прикосновении и слабом трении кожи происходит внезапное отслоение эпидермиса, который при прикосновении скользит, сморщивается под пальцами — симптом «смоченного белья» — легко оттягивается, а затем отторгается с образованием обширных, весьма болезненных, кровоточащих при дотрагивании эрозий. При дальнейшем кожа приобретает вид «ошпаренной кипятком». В отдельных местах между «ошпаренными» участками появляется сыпь, подобная таковой при многоформной экссудативной эритеме. В патологический процесс вовлечены также слизистые оболочки: полости рта, конъюнктивы, носоглотки,

пищевода, гениталий. Субъективно - резкая болезненность пораженной и здоровой на вид кожи.

ВОПРОСЫ.

1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.

2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз? 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 больной после клинического выздоровления.

Ответ:

Диагноз – токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла).

ЗАДАЧА 5

На прием к врачу обратился больной К., 28 лет, работает сварщиком, жалуется на высыпания и зуд в области правой голени.

АНАМНЕЗ. Неделю назад на работе получил ожог правой голени. К врачу не обращался, ничем не лечился. На месте ожога через пять дней появилось покраснение, которое быстро увеличилось, затем возникла отечность голени, стал беспокоить зуд. Почти одновременно появились мокнутие, эрозии, корки. Сопутствующая патология - хронический тонзиллит.

ОБЪЕКТИВНО. В средней трети правой голени на месте ожога имеются две язвочки, покрытые гнойным отделяемым. Вокруг них — эритема с четкими границами, размером 9Х18 см, мелкие папулы, везикулы, мокнутие. По периферии очага поражения - отсев пустул.

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. Выпишите рецепты.

5. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

Ответ:

Диагноз – микробная экзема

ЗАДАЧА 6

На прием к врачу обратился больной В., 28 лет, работает пресовщиком на мебельной фабрике. Жалуется на высыпания в области кистей рук, сопровождающиеся зудом.

АНАМНЕЗ. Первые элементы появились полтора года назад, через 2 месяца после начала работы пресовщиком. Заболевание связывает с контактом с мочевиноформальдегидными смолами (на производстве). Обращался к дерматологу, который лечил присыпкой, гормональным кремом, процесс прогрессировал. После выздоровления больной продолжал контактировать со смолой, и вскоре аналогичные высыпания вновь появились. Рецидивы с

каждым разом становятся продолжительнее. Во время отпуска отмечает регресс высыпаний. Сопутствующие заболевания - хронический анацидный гастрит, хронический колит.

ОБЪЕКТИВНО. Очаги поражения локализуются на тыльной поверхности кистей рук, симметричные. На фоне эритемы с нечеткими границами имеются папулы, везикулы, многочисленные эрозии, чешуйки, корочки, трещины. Мокнущие по типу «точечных колодезцев» (рис. 20).

ВОПРОСЫ.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
3. Назначить лечение.

Ответ:

Диагноз – аллергический контактный дерматит.

ЗАДАЧА 7

На прием к врачу обратилась мать с ребенком четырех месяцев, у которого имелись высыпания на коже щек, сопровождающиеся сильным зудом.

АНАМНЕЗ. Ребенок болен в течение двух недель. Начало заболевания мать связывает с дачей прикорма, после которого на следующий день появились высыпания на щеках. Ребенок родился от первой беременности, в срок. Находится на естественном вскармливании. У матери отмечался токсикоз в первой половине беременности; употребляла в больших количествах цитрусовые, шоколад. Страдает бронхиальной астмой, медикаментозной аллергией.

ОБЪЕКТИВНО. Кожа щек эритематозна, слегка отечна. Границы эритемы не четкие, имеются множественные мелкие папулы, везикулы, эрозии, из которых на поверхность выступают небольшие капли серозного экссудата; на правой щеке — корочки и чешуйки.

ВОПРОСЫ.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
3. Назначить лечение.

Ответ:

Диагноз – атопический дерматит (младенческая стадия).

ЗАДАЧА 8

На прием к врачу обратился мужчина 26 лет, рабочий, с жалобами на сильный зуд по всему телу, но особенно в области локтевой и подколенной ямок, бессонницу, раздражительность. Зуд преобладает в ночное время.

АНАМНЕЗ. Заболевание связывает с перенесенной в детстве экземой. Обострения

наступают в осенне-зимний период времени. Летом, особенно после пребывания на море, чувствует себя хорошо. При обострении — в местах поражения появлялись пузырьки и мокнутие. Неоднократно лечился амбулаторно с хорошим, но временным эффектом. Страдает бронхиальной астмой, хроническим тонзиллитом, отмечена непереносимость к пенициллину. Мать с детства болеет экземой.

ОБЪЕКТИВНО. Сыпь носит распространенный характер, очаги поражения располагаются преимущественно в подколенных впадинах и локтевых сгибах, а также на лице, шее. Сыпь представлена мелкими округлыми папулами цвета остальной кожи; местами элементы сливаются, образуя участки сплошной инфильтрации и лихенификации. Кожа сухая, имеются множественные экскориации и мелкоотрубевидные чешуйки. Ногтевые пластинки на кистях — «отполированы». Дермографизм стойкий белый.

ВОПРОСЫ.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
3. Назначить лечение.

Ответ:

Диагноз – атопический дерматит (взрослая стадия).

ЗАДАЧА 9

На прием к врачу обратилась больная А., 52 лет, продавщица, с жалобами на высыпания на конечностях, сильный зуд.

АНАМНЕЗ. Больна около трех лет. Начало заболевания ни с чем не связывает. Неоднократно лечилась амбулаторно с временным успехом. Сопутствующие заболевания - хронический холецистит, дуоденит.

ОБЪЕКТИВНО. Сыпь носит распространенный характер, занимает кожу верхних и нижних конечностей. Представлена не сливающимися друг с другом полушаровидной формы плотными буровато-красного цвета узелками величиной до лесного ореха. Элементы резко выступают над уровнем нормальной кожи; на поверхности отдельных из них отмечается скопление плотных сероватого цвета чешуек. Высыпания сопровождаются очень сильным зудом и появлением множественных расчесов, кровянистых корочек.

ВОПРОСЫ.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
3. Назначить лечению

Ответ:

Диагноз – узловатая почесуха.

ЗАДАЧА 10

На прием к врачу обратился мужчина 42 лет, строитель, с жалобами на невыносимый зуд по всему телу, который возникает внезапно, обычно вечером. Зуд продолжителен, лишает сна.

АНАМНЕЗ. Болен около двух месяцев, за медицинской помощью не обращался, т. к. вначале частота приступов была один-два раза в неделю. Постепенно приступы участились, стали ежедневными. Появились раздражительность, бессонница, быстрая утомляемость. Отмечает, что около полугода беспокоят утренняя жажда и немотивированное увеличение

массы тела. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Боткина два года назад, хронический гастрит, простудные заболевания.

ОБЪЕКТИВНО. Кожа сухая, на спине, конечностях, животе, бедрах множественные эскориации, покрытые геморрагическими корочками. Ногтевые пластинки кистей «отполированы». Язык суховат, сосочки несколько увеличены, периферические лимфоузлы не увеличены.

ВОПРОСЫ.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
3. План обследования.
4. Лечение.

Ответ:

Диагноз – кожный зуд (при сахарном диабете).

ЗАДАЧА 11

На прием к врачу обратилась женщина 28 лет, бухгалтер, с жалобами на нестерпимый зуд, особенно ночью, но беспокоит и днем, высыпания на теле и предплечьях.

АНАМНЕЗ. Считает себя больной около 2-х недель, внезапно появился зуд, заметила, что он вызван красными пятнами на предплечьях. Свое заболевание связывает с нервным перенапряжением на работе. Из перенесенных заболеваний отмечает: хронический гастрит, хронический тонзиллит.

ОБЪЕКТИВНО. На коже сгибательной поверхности плеч, предплечий, кистей располагаются розово-красного цвета с ливидным оттенком папулы полигональных очертаний с восковидным блеском. В центре некоторых из них имеется пупковидное вдавление. При смазывании отдельных папул вазелиновым маслом, отмечается их поперечная исчерченность. Ногтевые пластинки отполированы до блеска. Лимфоузлы не увеличены.

ВОПРОСЫ.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимо провести для окончательного установления диагноза?
3. Методы лечения и профилактики.

Ответ:

Диагноз – красный плоский лишай.

ЗАДАЧА 12

На прием к врачу обратилась женщина 45 лет с жалобами на высыпания в виде «бородавок» и периодический нестерпимый зуд, особенно ночью, бессонницу.

АНАМНЕЗ. Больной считает себя около года, обращалась за медицинской помощью по поводу дисфункционального маточного кровотечения. У дерматолога не наблюдалась. Заболевание началось после психотравмы.

ОБЪЕКТИВНО. Сыпь располагается на нижних конечностях. Представлена

бородавчатыми элементами, покрытыми гиперкератотическими наслоениями. Встречаются и бледно-розового цвета полигональные папулы с восковидным блеском и пупковидным вдавлением в центре. Ногтевые пластинки отполированы до блеска. Полость рта чистая. Лимфоузлы не увеличены.

ВОПРОСЫ.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
3. Методы лечения и профилактики.

Ответ:

Диагноз – красный плоский лишай, гипертрофическая форма.

ЗАДАЧА 13

На прием к врачу обратился больной И., 45 лет, рабочий, с жалобами на высыпания по всему кожному покрову, зуд, чувство стягивания кожи. Месяц тому назад появились боли в локтевых суставах, позвоночнике.

АНАМНЕЗ. Считает себя больным в течение месяца. Первые высыпания появились на волосистой части головы, затем на разгибательной поверхности предплечий, на туловище в летнее время года. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отец больного и дед страдали подобным же заболеванием. Из сопутствующих заболеваний - хронический холецистит.

ОБЪЕКТИВНО. Высыпания носят распространенный характер, симметричные. Локализуются на разгибательных поверхностях конечностей, на туловище, преимущественно на спине. Представлены мономорфной папулезной сыпью, ярко-красного цвета, округлой формы, размерами от 0,5 до 3 см в диаметре, бляшками размером 5X12 см. Поверхность папул в центре покрыта серебристо-белыми чешуйками, по периферии— ободок ярко-красного цвета. Наблюдается появление новых папул и их периферический рост. При поскабливании высыпаний появляется гладкая блестящая поверхность, затем точечное кровотечение.

ВОПРОСЫ.

1. Установите диагноз заболевания.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Наметьте план лечения.

Ответ:

Диагноз – псориаз, артропатическая форма.

ЗАДАЧА 14

На прием к врачу обратился мужчина 40 лет, инженер, с жалобами на высыпания по всему кожному покрову, незначительный зуд.

АНАМНЕЗ. Впервые высыпания появились 3 месяца назад, когда после нервно-психической травмы на разгибательной поверхности верхних конечностей появились единичные папулезные элементы. Со временем процесс распространился на туловище. Зани-

мался самолечением, смазывал кожу фторокортом. Страдает хроническим тонзиллитом. У родного брата отмечает такое же заболевание кожи.

ОБЪЕКТИВНО. Сыпь носит распространенный характер, локализуется на туловище, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, на волосистой части головы. Представлен папулами размером от 1 до 3 см в диаметре, на туловище слившимися в крупные бляшки, занимающими почти всю поверхность живота. Высыпания розоватого цвета, их поверхность полностью покрыта серебристо-белыми чешуйками. В центре бляшек имеются очаги просветления.

ВОПРОСЫ.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать патологический процесс у данного больного?
3. Какие дополнительные исследования следует провести для установления диагноза?

Ответ:

Диагноз – вульгарный псориаз

ЗАДАЧА 15

На прием к врачу обратился больной Н., 37 лет, учитель, с жалобами на высыпания на разгибательных поверхностях конечностей, зуд, боль в области правого лучезапястного сустава, межфаланговых суставов кистей, изменения ногтевых пластинок рук.

АНАМНЕЗ. Болен около пяти лет, когда впервые осенью на разгибательной поверхности локтевых суставов появились высыпания, покрытые чешуйками. Затем такие же высыпания появились в области коленных суставов. Обострения заболевания отмечает в зимнее время года, летом отмечает улучшение. Боли в суставах беспокоят в течение года. Страдает хроническим тонзиллитом.

ОБЪЕКТИВНО. Ногтевые пластинки утолщены, имеется симптом «наперстка» (рис. 30). На разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов имеются бляшки бурого цвета, размером 5X8 см, по всей поверхности покрытые большим количеством серебристо-белых чешуек. Периферического роста бляшек, появления новых элементов не наблюдается. При поскабливании бляшек появляется «стеариновое» пятно, точечное кровотечение. В области правого лучезапястного сустава, межфаланговых суставов кистей имеется припухлость, деформация дистальных фаланговых суставов, движения в них ограничены.

ВОПРОСЫ.

1. Установите диагноз заболевания.
2. Какие патогенетические факторы могли способствовать развитию дерматоза?
3. Составьте план реабилитационных мероприятий.

Ответ:

Диагноз – Псориаз. Артропатическая форма

ЗАДАЧА 16

На прием к врачу обратился больной Ю., 47 лет, рабочий асфальто-бетонного завода, с жалобами на покраснение всего кожного покрова и боли в суставах.

АНАМНЕЗ. Страдает псориазом (?) в течение 15 лет, по поводу которого неоднократно лечился в дерматологических стационарах, состоит на диспансерном учете в кожно-венерологическом диспансере. Покраснение и шелушение всего кожного покрова произошло после применения препаратов дегтя и УФО. Сопутствующее заболевание - холецистит.

ОБЪЕКТИВНО. Весь кожный покров ярко-красного цвета с бурым оттенком, напряжен. На различных участках отек и инфильтрация выражены неодинаково. Отмечается резкое шелушение (отрубевидное в области ягодиц, головы, пластинчатое на других участках), волосы выпадают, лимфатические узлы увеличены (подчелюстные, паховые, кубитальные), отмечается деструкция ногтей, гнойные паронихии. На слизистых полости рта имеются круглые, овальные и неправильных очертаний пятна серовато-матового цвета с розово-красным венчиком в окружности, иногда возвышающиеся над общим уровнем слизистой. Больной жалуется на чувство стягивания, болезненность, зуд, которые упорно не поддаются лечению.

ВОПРОСЫ.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать патологический процесс у данного больного?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
4. Методы лечения.

Ответ:

Диагноз – Лимфома кожи.

ЗАДАЧА 17

На прием к врачу обратился ребенок С., 11 лет, школьник, с жалобами на незначительный зуд и высыпания на гладкой коже лица и груди.

АНАМНЕЗ. Заболевание возникло осенью, когда родители заметили несколько круглых очагов на коже груди и лица. Ребенок, по свидетельству родителей, очень любит животных (кошек, собак) и, отдыхая летом у бабушки в сельской местности, неоднократно играл с ними. В прошлом не лечился. Весной перенес ОРЗ. Сопутствующих заболеваний не имеет.

ОБЪЕКТИВНО. На коже лица, груди, живота сформированы несколько эритематозных очагов круглой формы, покрытых сероватыми чешуйками. Края очагов четкие, слегка приподняты, представлены мелкими пузырьками и серозными корочками.

ВОПРОСЫ.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?

3. Назначить лечение.

Ответ:

Диагноз – микоз гладкой кожи (предположительно микроспория)

ЗАДАЧА 18

На прием к врачу обратился больной Н., 38 лет, скотник, с жалобами на недомогание, головную боль, повышение температуры до 37,6°C, «узлы» на волосистой части головы.

АНАМНЕЗ. Заболевание связывает со своей профессией — работает скотником в течение 10 лет. Ежедневно контактирует с животными - крупным рогатым скотом, у которого имеются, по свидетельству ветеринарной службы, лишай. Сопутствующих заболеваний не имеет.

ОБЪЕКТИВНО. На коже волосистой части головы имеется несколько очагов поражения, резко очерченных, покрытых большим количеством гнойных сочных корок. После снятия корок из каждого волосяного фолликула в отдельности выделяется гной, напоминающий мед в медовых сотах («медовые соты» Цельзия). Подчелюстные и шейные лимфатические узлы увеличены, болезненны.

ВОПРОСЫ.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?

3. Назначить лечение.

Ответ:

Диагноз – инфильтративно-нагноительная форма трихофитии.

ЗАДАЧА 19

На прием к врачу обратился мужчина 25 лет, скотник, с жалобами на сильный зуд, интенсивную болезненность, выпадение волос, неприятный запах от волосистой части.

АНАМНЕЗ. Больным себя считает с детства, постепенно стали выпадать волосы. Они стали сухими ломкими, как пакля. За медицинской помощью не обращался. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Боткина.

ОБЪЕКТИВНО. От волосистой части головы больного исходит неприятный «мышинный запах». Волосы на большей части головы отсутствуют — особенно на теменных, затылочных. Кожа гиперемирована, атрофически изменена. В устьях волосяных фолликулов — пустулы, зачастую ссыхающиеся в желтовато-бурые корки. Волосы легко выдергиваются, они пепельно-серого цвета, сухие, ломкие, легко удаляются.

ВОПРОСЫ.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какие исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?

3. Методы лечения и профилактики.

Ответ:

Диагноз – инфильтративно-нагноительная форма трихофитии.

ЗАДАЧА 20

На прием к врачу обратился мужчина 36 лет, рабочий завода, с жалобами на боли и зуд в межпальцевых складках и подошвенной поверхности стоп.

АНАМНЕЗ. Болеет около 5 лет. Обострение обычно возникает летом. Занимается самолечением. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, гастрит. Находится на учете у ангиолога по поводу облитерирующего эндартериита.

ОБЪЕКТИВНО. Стопы отечны. В межпальцевых складках отмечается мацерация и шелушение эпидермиса, пузыри, эрозии с нависающими обрывками эпидермиса по периферии. Эритема, отечность захватывают большую часть стопы.

ВОПРОСЫ.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза?
3. Методы лечения и профилактики.

Ответ:

Диагноз – микоз стоп

ЗАДАЧА 21

На прием к врачу обратился больной Ш., 29 лет, военнослужащий, с жалобами на зуд кожи стоп, потертости. Заболевание связывает с перегреванием. После длительного похода, сняв тесную обувь, обнаружил потертости и опрелость в межпальцевых складках стоп, сопровождающиеся зудом. Подобные воспалительные явления больной отмечал и ранее, но они были выражены не столь резко. Больной пользуется общественной баней, страдает плоскостопием. Сопутствующие заболевания - ангиопатия нижних конечностей.

ОБЪЕКТИВНО. Процесс локализуется в межпальцевых складках обеих стоп с переходом на сгибательные поверхности пальцев и тыл стопы. Отчетливо видны эрозии, отслаивающийся, набухший роговой слой эпидермиса. На коже подошв — мелкие эрозии, с явлениями мокнутия, на своде стоп — сгруппированная пузырьковая сыпь по типу «саговых зерен», выраженное шелушение.

ВОПРОСЫ.

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

Ответ:

Диагноз – микоз стоп

ЗАДАЧА 22

На прием в диспансер обратился больной Н. 32 лет с жалобами на зуд в области пахово-бедренных складок.

АНАМНЕЗ. Считает себя больным в течение 3-х лет. Первоначально в указанной локализации появились ограниченные, розовато-красного цвета пятна. Постепенно они увеличивались в размерах, сливались. Около года тому назад обратил внимание на изменения ногтей пальцев рук и сухость кожи ладоней. Лечение различными мазями оказалось неэффективным.

ОБЪЕКТИВНО. В пахово-бедренной складке имеются очаги поражения розовато-красного цвета с фестончатыми очертаниями, четкими границами, окруженные по периферии валиком. Такого же характера очаги, но более крупных размеров, располагаются на гладкой коже туловища и шеи. На голених имеются фолликулярноузловатые элементы, склонные к группировке, располагающиеся в виде дуг и полуколец. В толще ногтей II, III пальцев обеих рук на латеральных участках видны пятна и полосы охряно-желтого цвета, ногти I пальцев ног тусклые, легко крошатся как с боковых, так и свободного края. Характерные изменения в пахово-бедренных складках.

ВОПРОСЫ.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику и укажите исследования, которые необходимо провести для подтверждения или исключения предварительного диагноза.
3. Назначьте терапию, методы профилактики рецидивов.

Ответ:

Диагноз – Рубромикоз.

Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо»-правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

Алгоритмы практических навыков

1. Алгоритм проведения осмотра кожного больного.
2. Алгоритм проведения осмотра больного с венерическим заболеванием.

3. Алгоритм выполнения симптома Никольского. Методика выявления. Механизм образования.
4. Выписать рецепты на наиболее часто употребляемые примочки. Дать рекомендации по их применению.
5. Методика обработки больного с чесоткой.
6. Симптом Асбо - Ганзена. Методика выявления, механизм образования.
7. Определение влажно-высыхающих повязок. В каких случаях назначаются. Выписать рецепты на растворы для влажновысыхающих повязок. Дать рекомендации по их применению.
8. Симптом проваливания зонда по А.М. Пospelову, методика выявления, механизм возникновения.
9. Определение взбалтываемых взвесей, их разновидности, показания к назначению. Выписать образцы взбалтываемых взвесей. Дать рекомендации по их применению.
10. Симптом гипералгезии по Ядассону. Механизм его выявления.
11. Определение паст. Показания к назначению. Выписать рецепты на пасты: цинковую, Лассара, Дарье. Дать рекомендации по их применению.
12. Алгоритм проведения симптома Т.П. Павлова. Методика выявления.
13. Определение мази. Показания к применению. Выписать мази с серой, салициловой кислотой, нафталаном.
14. Алгоритм выявления сеточки Уикхема.
15. Определение мазей. Показания к назначению. Механизм действия. Выписать мази: борно-риваноловую, серную, дегтярную, с АСД фр III. Дать рекомендации по их применению.
16. Симптом «яблочного желе», методика выявления. Механизм образования этого симптома.
17. Определение наружных дезинфицирующих растворов, механизм их действия. Дать рекомендации по их применению.
18. Определение мазей. Показания к назначению. Выписать мази с глюкокортикоидными гормонами, дать рекомендации по их применению.
19. Феномен терминальной пленки. Как выявляется. Объяснение ее образования.
20. Наружные дезинфицирующие растворы. Механизм действия, показания к назначению. Выписать спиртовые дезинфицирующие растворы. Дать рекомендации по их применению.
21. Определение лосьона. Механизм действия. Показания к назначению. Выписать рецепты на лосьоны. Дать рекомендации к их применению.
22. Значение лечебного питания в комплексной терапии дерматозов.
23. Методика выявления симптома проваливания зонда по Пospelову.
24. Определение влажно-высыхающих повязок. В каких случаях назначаются. Выписать рецепты на растворы для влажновысыхающих повязок. Дать рекомендации по их применению.
25. Значение наружной терапии в комплексном лечении дерматозов.
26. Методика выявления феноменов псориатической триады. Механизм возникновения феномена «стеаринового пятна».
27. Определение паст. Показания к назначению. Выписать рецепты на пасты: цинковую, Лассара, Дарье. Дать рекомендации по их применению.
28. Методика выявления феноменов псориатической триады. Объяснение возникновения феномена «кровавой росы».
29. Определение мази. Показания к применению. Выписать мази с серой, салициловой кислотой, нафталаном.
30. Определение мазей. Показания к назначению. Механизм действия. Выписать мази: борно-риваноловую, серную, дегтярную, с АСД фр III. Дать рекомендации по их применению.

31. Методика выявления дермографизма. Механизм образования, диагностическое значение.
32. Определение наружных дезинфицирующих растворов, механизм их действия. Дать рекомендации по их применению.
33. Методика диаскопии, как выявляется, для чего используется.
34. Определение мазей. Показания к назначению. Выписать мази с глюкокортикоидными гормонами, дать рекомендации по их применению..
35. Феномен терминальной пленки. Как выявляется. Объяснение ее образования.
36. Наружные дезинфицирующие растворы. Механизм действия, показания к назначению. Выписать спиртовые дезинфицирующие растворы. Дать рекомендации по их применению.

Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты. Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов). Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но: алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибку в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работу не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

Название рефератов/докладов

1.	Эмбриональное развитие кожи
2.	Генетика в дерматологии
3.	Мозаицизм
4.	Генетическое консультирование и пренатальная диагностика заболеваний кожи
5.	Врожденный и адаптивный иммунитет кожи
6.	Типовые патологические реакции кожи
7.	Патогистологические изменения в эпидермисе
8.	Нарушение процессов кератинизации
9.	Токсические синдромы, вызванные стрептококком группы А.
10.	Постстрептококковые (группы А) негнойные кожные осложнения.
11.	Грам-положительные инфекции, связанные с образованием токсинов.
12.	Заболевания, вызванные суперантигенными токсинами.
13.	Инфекции мягких тканей: эризепеллоид, целлюлит.
14.	Болезнь Лайма.
15.	Синдром Джанотти-Крости.
16.	Поражение кожи при энтеровирусной инфекции.
17.	Кожные проявления ВИЧ-инфекции
18.	Лимфомы кожи. Клиника, классификация, лечения
19.	Склеродермия. Классификация, диагностика, лечение. Особенности у детей.
20.	Вульгарная пузырчатка. Этиопатогенез, клиника, лечение.
21.	Герпетиформный дерматоз Дюринга. Этиология, патогенез, клиника, лечения.
22.	Алопеции. Современные взгляды на этиологию и патогенез. Клиника. Лечение
23.	Врожденный сифилис.
24.	Кандидоз новорожденных и детей первых месяцев жизни.
25.	Акне. Этиология, патогенез, клиника.
26.	Дерматомиозит. Этиология, патогенез, клиника, лечения.
27.	Кандидоз у детей и взрослых.
28.	Нарушения пигментации кожи
29.	Атопический дерматит. Современные представления об этиологии и патогенезе. Особенности течения заболевания у детей.
30.	Туберкулез кожи. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
31.	Себорея, угри, розацеа. Современные представления о патогенезе. Клиника, диагностика, лечение.
32.	Вульвовагинит у девочек.
33.	Псориаз. Клиника. Современные методы лечения.
34.	Приобретенный сифилис.
35.	Псориаз. Современные взгляды на этиологию и патогенез.
36.	Красная волчанка. Этиология, патогенез, клиника, лечения.
37.	Онихомикозы. Этиология, патогенез, клиника, лечения.
38.	Микозы волосистой части головы. Этиология, патогенез, клиника, лечения.
39.	Микозы стоп. Этиология, патогенез, клиника, лечения.
40.	Паранеопластические дерматозы.
41.	Витилиго. Этиология, патогенез, клиника, лечения.
42.	Красный волосяной лишай Девержи.
43.	Гиперэозинофильные синдромы.
44.	Токсический эпидермальный некролиз.
45.	Дифференциальный диагноз буллезных дерматозов.

46.	Ихтиозиформные синдромы.
47.	Кольцевидная гранулема.
48.	Патофизиология кожного барьера при дерматозах.
49.	Наследственные кератодермии ладоней и подошв.
50.	Эволюция сифилиса.
51.	История изучения сифилиса.
52.	Современные методы диагностики сифилиса.
53.	Дифференциальный диагноз врожденного сифилиса.
54.	Современные особенности течения врожденного сифилиса.
55.	Вульвовагиниты девочек.
56.	Современные методы диагностики урогенитальных инфекций.
57.	Дерматологические маркеры ВИЧ-инфекции
58.	Течение герпетической инфекции у ВИЧ-инфицированных.
59.	Особенности течения сифилиса у ВИЧ-инфицированных.

**Лист согласования
дополнений и изменений
к комплекту ФОС_д / ФОС_п / ФОС_г на _____ учебный год**

Дополнения и изменения к комплекту ФОС_д / ФОС_п / ФОС_г на
_____ учебный год по

дисциплине _____ /

практике _____ /

государственной итоговой аттестации

по специальности _____

В комплект ФОС_д / ФОС_п / ФОС_г внесены следующие изменения:

Дополнения и изменения в комплекте ФОС_д / ФОС_п / ФОС_г обсуждены на заседании
кафедры _____

«_____» _____ 20____ г. (протокол № _____).

Заведующий кафедрой (для ФОС_д / ФОС_п) _____ / _____ /

Заведующий профильной кафедрой (для ФОС_г) _____ / _____ /