Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Протопопова Виктория Александровна
Должность: Ректор
Дата подписания: 26.08.2024 12:15:41
Уникальный ключ:
a943mjfd45433v12h62

АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «МЕДСКИЛЛС» (ИНСТИТУТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ)
АНО ВО «МедСкиллс»

УТВЕРЖДЕНО
Ученый совет АНО ВО «МедСкиллс»
31 января 2024 г. протокол №5
обновлено Ученый совет
АНО ВО «МедСкиллс»
26 августа 2024 г. протокол №1
Ректор АНО ВО «МедСкиллс»
_____ В.А. Протопопова

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ (ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ)

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ
31.08.32 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Уровень образовательной программы: высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения – очная

Квалификация: врач-дерматовенеролог

Ростов-на-Дону
2024

СОДЕРЖАНИЕ

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ 3
2. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ, ... 5
ЕЕ СТРУКТУРА..... 5
3. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА 6
4. ОПИСАНИЕ КРИТЕРИЕВ И ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ..... 95
5. ПЕРЕЧЕНЬ РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ 96
6. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ..... 97

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель государственной итоговой аттестации: проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности 31.08.32 Дерматовенерология.

Задачи государственной итоговой аттестации:

1. Оценка уровня сформированности универсальных и профессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО).
2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-дерматовенеролог – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из АНО ВО «МедСкиллс» с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации:

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных профессиональных компетенций:
Универсальные компетенции (УК).

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

Профессиональные компетенции (ПК).
профилактическая деятельность:

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

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

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

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

2. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ, ЕЕ СТРУКТУРА

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 з.е. (108 академических часов), в рамках которых осуществляется подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 1

1 этап - тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях АНО ВО «МедСкиллс» в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ (продемонстрировать навык) на два практических вопроса. Оба навыка демонстрируются на манекенах. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится в аудиториях АНО ВО «МедСкиллс» в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап - собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения

Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование проводится в аудиториях АНО ВО «МедСкиллс» в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – консультации).

Консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднения при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

3. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Фонд оценочных средств государственного экзамена - перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

1 этап – тестовые задания

Эпидермис имеет следующие слои:

- роговой
- зернистый
- шиповатый
- базальный
- блестящий
- все перечисленное верно

Акантоз — это увеличение числа клеток:

- шиповатого слоя
- рогового слоя
- зернистого слоя
- базального слоя
- блестящего слоя

Сальные железы:

- открываются в волосяной фолликул

– открываются на поверхность кожи
– регулируются половыми железами
– имеют альвеолярное строение
– имеют голокриновый тип секреции

Кожа выполняет следующие функции:
– защитную
– дыхательную
– резорбционную
– терморегуляторную
– рецепторную
– все перечисленное верно

К придаткам кожи не относятся:
– ногти
– волосы
– мышцы кожи
– потовые железы
– сальные железы

К первичным морфологическим элементам не относится:
– папула
– рубец
– везикула
– волдырь

Чем отличается узел от бугорка?
– формой
– размером
– цветом
– глубиной залегания в коже

Чем отличается папула от волдыря?
– размером
– не исчезает при надавливании
– цветом
– формой

Гиперкератоз — это:
– утолщение рогового слоя эпидермиса
– утолщение зернистого слоя эпидермиса
– удлинение сосочков дермы
– размножение клеток шиловидного слоя
– появление митозов в базальном слое

Папилломатоз — это:
– удлинение сосочков дермы
– утолщение всех слоев эпидермиса
– разветвление сосочков дермы

– избыточные митозы в базальном слое
– поднятие эпидермиса сосочками дермы

Эккриновые потовые железы выделяют пот, состоящий:
– из воды
– из солей кальция
– из сульфатов хлорида натрия
– из органических веществ (мочевая кислота, аммиак, углеводы и т.д.)
– все перечисленное верно

К первичным бесполостным морфологическим элементам относится:
– папула
– пузырь
– гнойничок
– трещина

Элементом, образованным за счет отека сосочкового слоя дермы, является
– бугорок
– волдырь
– узел
– пятно
– узелок

Cicatrix – это:
– ссадина
– трещина
– рубец
– чешуйка
– корка

Разновидностями сосудистых геморрагических пятен являются все, кроме: телеангиэктазий
– петехий
– пурпуры
– экхимозов
– гематомы

К вторичным морфологическим элементам относятся все, кроме:
– язвы
– трещины
– корочки
– узла

Кровеносная система кожи представлена:
– глубокой широкопетлистой фасциальной сетью
– субдермальной сетью
– поверхностным сосудистым сплетением
– артериолами

Функции эпидермиса:

– пигментообразовательная
– защитная
– иммунологическая
– все перечисленное
– секреторная

К придаткам кожи относятся все перечисленные, кроме:
– волосы
– ногти
– сальные железы
– потовые железы
– свободные нервные окончания

Сальные железы отсутствуют на коже:
– волосистой части головы
– лица
– в области крайней плоти
– ладоней и подошв
– ягодиц

К патоморфологическим изменениям коже не относится:
– акантоз
– акантолиз
– дискератоз
– микоз
– гранулёз

В возникновении многих хронических дерматозов играют этиопатогенетическую роль:
– климатические факторы
– эндогенные факторы
– психоэмоциональные факторы
– пищевая и лекарственная зависимость
– все перечисленное

К волокнистым субстанциям дермы не относятся:
– коллагеновые
– сетчатые
– эластичные
– ретикулярные

Основными клеточными элементами дермы являются все, кроме:
– фиброцитов
– гистицитов
– фибробластов
– тучных клеткок
– эритробластов

Какие проблемы должен решить врач, приступая к лечению больного

- нуждается ли больной в лечении, или следует ограничиться наблюдением за ним
- как больной переносит лекарственные препараты?
- где будет проводить лечение (в стационаре или амбулаторно)?
- все перечисленное верно

Какие существуют виды терапии дерматозов

- этиотропная
- профилактическая
- патогенетическая
- превентивная
- симптоматическая
- все перечисленное верно

От чего зависит доза вводимого в организм больного препарата?

- от возраста и массы больного
- от способа введения препарата
- от индивидуальной чувствительности
- от состояния выделительной функции почек, печени
- От характера и тяжести заболевания

Какие дозы лекарственных препаратов необходимо указать больному при назначении лечения

- разовую
- минимальную
- суточную
- максимальную
- курсовую

Какова роль поддерживающей дозы лекарственных препаратов

- закрепляет достигнутый эффект лечения
- назначается с профилактической целью
- назначается как основной метод терапии
- назначается для создания определенной концетрации препарата
- назначается в качестве подготовительного этапа

Какой препарат не относится к блокаторам Н1-рецепторов

- Лоратидин
- Тавегил
- Доксициклин
- Гисманал
- Телфаст

Какой лекарственные препараты относятся к стабилизаторам мембран тучных клеток?

- Кетотифен
- Зиртек
- Интал

– Астемизол
– Надокромил

Какой компонент нельзя вводить в присыпку для лечения пиодермий?

– крахмал
– окись цинка
– тальк
– жженую магнезию
– танин

Какую лекарственную форму следует назначить больному с острым мокнущим воспалительным процессом на коже

– мазь
– примочку
– крем
– аэрозоль
– пасту

Какую лекарственную форму следует назначить больному с подострым воспалительным процессом на коже

– примочку.
– пасту
– присыпку
– крем
– мазь

Чем отличается крем от мази?

– наличием порошка в жировой основе
– наличием воды в жировой основе
– более высокой стабильностью
– более поверхностным действием
– более высокой концентрацией лекарственных препаратов

Каковы основные механизмы действия примочки?

– сосудосуживающее
– высушивающее
– дубящее
– дезинфицирующее
– противовоспалительное

Чем отличается влажно-высыхающая повязка от примочки?

– длительностью пребывания на коже
– используемым лекарственным препаратом
– используемым арсеналом перевязочного материала
– терапевтической эффективностью
– количеством жидкости на марле

В состав водно-взбалтываемой взвеси не входит:

– вода

– глицерин
– порошкообразное вещество
– ланолин
– растительное масло

Для ускорения высыхания в «болтушку» следует добавить:
– спирт
– глицерин
– два и более лекарственных препарата
– большее количество порошка
– большее количество жидкости

Каковы основные осложнения наружной кортикостероидной терапии?
– атрофия кожи
– телеангиэктазии
– гипертрихоз
– акне
– стрии
– все перечисленное верно

Удаление пасты с поверхности кожи осуществляется:
– растительным маслом
– водой с мылом
– сливочным маслом
– спиртом
– питательным кремом

Укажите механизм действия присыпки:
– высушивающее действие
– охлаждающее действие
– уменьшает воспалительные явления
– ослабляет субъективные ощущения
– предотвращает мацерацию

Укажите механизм действия согревающего компресса:
– вызывает расширение кровеносных и лимфатических сосудов
– успокаивает боль
– уменьшает воспалительные явления
– способствует рассасыванию инфильтрата
– уменьшает зуд

Понятие «дозовый режим» включает все перечисленное, кроме:
– суточных доз в единицах веса или объема
– промежутков между введением
– путей введения
– скорости введения
– общей продолжительности лечения

В состав водно-спиртовой взбалтываемой жидкости входят перечисленные вещества, кроме:

- глицерина
- спирта
- ланолина
- окиси цинка
- воды

Назначение мазей показано при:

- при распространенных папуло-везикулезных высыпаниях на фоне эритемы
- остром воспалении
- грибковом поражении ногтей
- подостром и хроническом воспалении
- остром воспалении с явлениями мокнутия

В состав крема входят перечисленные вещества, кроме:

- воды
- ланолина
- коллоида
- лекарственных веществ
- вазелина

Выбор формы для наружного применения зависит от:

- возраста
- пола
- лекарственных веществ, входящих в ее состав
- фазы патологического процесса
- причины дерматоза

Под воздействием облигатного раздражителя возникает:

- простой дерматит
- искусственный дерматит
- контактный дерматит
- артифициальный дерматит
- все определения правильны

К формам дерматитов, возникшим от воздействия физических механических факторов, относятся все, кроме:

- потертости
- «знаков тока»
- омозолелости
- опрелости
- пеленочного дерматита

В клинической картине аллергического дерматита отмечаются признаки, характерные для:

- экземы

– псориаза
– туберкулёза кожи
– чесотки
– всего перечисленного

Для лечения простого контактного дерматита необходимы:
– дезинтоксикационная терапия
– глюкокортикостероидная терапия внутрь
– устранение причины и местная терапия
– строгая гипоаллергенная диета
– назначение гепатопротекторов

Наружное лечение при мокнущем аллергическом дерматите заключается в назначении:
– 2% салициловой мази
– взбалтываемой взвести
– 20% ихтиоловой мази
– двухслойной повязки с синафланом
– спиртового раствора бриллиантовой зелени

Токсикодермия возникает под действием раздражителя, проникающего:
– через дыхательные пути
– через пищеварительный тракт
– инъекционно
– все положения верны

В клинической картине токсикодермий встречаются:
– эритемы и волдыри
– папулы и везикулы
– эрозии и корки
– пузыри
– все ответы верные

Примером фиксированной токсикодермии является:
– сульфаниламидная эритема
– синдром Лайелла
– синдром Стивенса-Джонсона
– йододерма
– бромодерма

В ответ на воздействие на кожу концентрированной серной кислоты возникает:
– простой контактный дерматит
– аллергический контактный дерматит
– токсикодермия
– экзема
– пиодермия

Причиной возникновения простого контактного дерматита не является:
– щелочи высокой концентрации

– лекарственные вещества
– лакокрасочные изделия
– действие высоких температур

Для геморрагического васкулита характерно:
– появление сыпи на первый-второй дни болезни
– постепенное возрастание количества элементов сыпи
– толчкообразное появление свежих элементов
– возможны все перечисленные варианты
– ни один из вариантов не характерен

При геморрагичесском васкулите сыпь локализуется преимущественно:
– туловище
– сгибательной повнрхности конечностей
– разгибательной поверхности конечностей
– в области крупных суставов

При геморрагическом васкулите сыпь приобретает геморрагический характер наиболее часто:
– с момента появления
– через 1-2 дня
– через 4-5 дней
– через 7-8 дней
– в любые сроки

Излюбленная локализация некротической пурпуры:
– лицо
– живот и ягодицы
– кисти и предплечья
– стопы и голени
– излюбленной локализации нет

При некротической пурпуре высыпания:
– мономорфные,не сливающиеся
– мономорфные,с наклонностью к слиянию
– полиморфные,не сливающиеся
– гполиморфные,с наклонностью к слиянию

Аллергический артериолит характеризуется:
– истинным полиморфизмом сыпи
– локализацией преимущественно в нижней трети голеней
– хроническим течением с частыми обострениями
– нарушением общего состояния: утомляемостью, головной болью, болью в суставах
– все ответы правильны

Для дермального папуло-некротического васкулита характерны все признаки, кроме:
– округлых очертаний

– изъязвления и некроза в центре
– штампованных рубчиков
– синюшно-коричневатого цвета
– болезненных узлов с гиперемированной кожей на поверхности

Аллергические васкулиты кожи не проявляются:
– волдырями
– воспалительными пятнами
– телеангиэктазиями
– бугорками
– петехиями

Какие морфологические элементы характерны для крапивницы?
– волдыри
– папулы
– атрофия кожи
– эрозия

Какой тип дермографизма характерен для атопического дерматита?
– белый стойкий
– розовый
– красный

Клиника атопического дерматита характеризуется:
– зудящими воспалительными поражениями
– хроническим рецидивирующим течением
– возрастной динамикой клинической картины
– интенсивный кожный зуд
– все перечисленное верно

Первичные морфологические элементы, характерные для атопического дерматита нейродермита:
– лихенификация
– бугорок
– папула
– пустула

Какие продукты провоцируют обострение атопического дерматита?
– молоко
– шоколад
– зелёные яблоки
– цитрусовые
– отварная говядина

Наиболее важное лечебно-профилактическое мероприятие при атопическом дерматите:
– климатотерапия
– десенсибилизирующая терапия
– витаминотерапия

– гипоаллергическая диета
– кортикостероидная терапия

Диагноз атопического дерматита может быть поставлен на основании:

– указание на начало заболевания в детстве
– наличие белого дермографизма
– наличие лихенификации в локтевых и подколенных сгибах
– развитие везикуляции в очагах поражения

Лечение атопического дерматита предусматривает все перечисленное, кроме:

– назначение гипосенсибилизирующих препаратов
– соблюдение гипоаллергенной диеты
– назначение противомалярийных препаратов
– коррекцию кишечного дисбактериоза

Укажите среди перечисленных морфологический элемент, характерный для крапивницы:

– папула
– экскориация
– пятно
– лихенификация
– волдырь

В возникновении строфулюса детей первостепенную роль играет:

– нервные факторы
– пищевая аллергия
– контакт с синтетическим бельём
– приём антибиотиков

Псориаз – заболевание:

– инфекционной природы
– аллергическое
– генетически обусловленное, мультифакториальное
– токсико-аллергическое

При псориазе патоморфологически отмечается

– гиперпролиферация с нарушением дифференцировки клеток эпидермиса
– образование эпидермальных пузырей
– спонгиоз
– баллонирующая дистрофия клеток эпидермиса

Симптом Кёбнера при псориазе положителен:

– только в стадии прогресса
– в стационарной стадии
– в стадии регресса
– может быть в любой стадии псориаза

Псевдоатрофический «воротничок» Воронова при псориазе определяется:

– в прогрессирующую стадию процесса
– является «маркером» перехода в стадию регресса
– в стационарную стадию процесса
– может быть в любой стадии псориаза

Основными клиническими проявлениями вульгарного псориаза являются:
– папулы и пустулы
– папулы и расчесы
– папулы и бляшки
– эритематозные пятна
– пузырьки на фоне эритемы

Симптом «кровяной росы» Полотебнова характерен:
– для папулёзных высыпаний вообще
– для шелушащихся бляшек вообще
– для шелушащихся папул и бляшек при сифилисе и псориазе
– только для псориатических элементов

Псориатическая триада положительна:
– только в стадии прогресса
– только в стадии регресса
– в стадии прогресса и стационарной
– в любой стадии заболевания

Какие стадия не характерна для развития псориаза?
– прогрессивная
– стационарная
– подострая
– регрессирующая

Первичным морфологическим элементом при псориазе является:
– папула
– везикула
– волдырь
– бугорок
– пустула

Какие симптом не наблюдается при псориазе?
– изоморфная реакция Кебнера
– проба Ядассона с йодом
– мимптом Ауспитца
– мимптом «стружки»
– мимптом «наперстка»

К патологическим реакциям, которые не возникают под воздействием солнечных лучей, относятся:
– фототравматические
– фототоксические (фотодинамические)
– фотоаллергические

– фотогеморрагические
– фототравматические. фототоксические (фотодинамические),
– фотоаллергические

К дерматозу, формирующемуся без участия УФ-лучей, относится:
– «кожа крестьянина»
– солнечный ожог
– актинический ретикулоид
– солнечная реакция
– розовый лишай

К дерматозам, в основе которых лежат фотоаллергические реакции, относятся:
– полиморфный фотодерматоз
– световая оспа
– актинический хейлит
– полиморфный фотодерматоз, световая оспа
– полиморфный фотодерматоз, световая оспа, актинический хейлит

Для актинического ретикулоида характерно:
– гистологическая картина напоминает Т-клеточную лимфому
– болеют пожилые люди
– эритема; папулы, бляшки розовато-цианотичные, шелущашиеся
– гистологическая картина напоминает таковую при Т- клеточной лимфоме; болеют пожилые люди
– гистологическая картина напоминает Т-клеточную лимфому; болеют пожилые люди; эритема; папулы, бляшки розовато-цианотичные, шелущашиеся

Для лечения пеллагроидного дерматита следует применять:
– никотиновая кислота
– витамины группы
– кортикостероиды
– доксиум; никотиновая кислота, витамины группы
– кортикостероиды

Полиморфный фотодерматит следует дифференцировать с:
– экземой
– красной волчанкой
– порфириновой болезнью
– розацеа
– псориазом

При фотодерматозах нецелесообразно назначать:
– делагил
– никотиновую кислоту
– витамин В12
– бероксан
– делагил, никотиновую кислоту, витамин В12, бероксан

Для профессиональных фотодерматитов не характерно:

- возникновение через несколько часов после одновременного контакта с фотодинамическим веществом и солнечного облучения
- возникновение через несколько дней после контакта с фотодинамическим веществом и одновременным солнечным облучением
- жжение, светобоязнь
- гиперемия, отек, пузыри на коже
- конъюнктивит, ринит, воспаление слизистой оболочки верхних дыхательных путей

К веществам фотодинамического действия не относятся:

- продукты перегонки каменного угля
- продукты перегонки нефти
- продукты перегонки сланцев
- некоторые лекарства и растения
- синтетические моющие средства

Перечислите виды дерматозов, в основе которых лежат фотоаллергические реакции:

- полиморфный фотодерматоз;
- солнечная реакция;
- световая оспа;
- актический хейлит;
- все перечисленное.

Какие факторы способствуют развитию пиодермии

- травмы кожи
- перегревание
- переохлаждение
- изменение PH в щелочную сторону.
- все перечисленное верно

К стафилодермии относится:

- турниоль
- фурункул
- шанкриформная пиодермия
- заеда

Первичным морфологическим элементом при стрептодермиях являются:

- акне
- фликтена
- Импетиго
- эктима
- папула

К стрепто-стафилодермиям относится:

- шанкриформная пиодермия

– интертригинозная стрептодермия
– вульгарное импетиго
– ангулярный стоматит
– хроническая язвенная пиодермия

К стрептодермии относится:
– рожа
– импетиго вульгарное
– гидраденит

Какие местные средства можно применять при наружной терапии стрептодермии
– мази с антибиотиками
– 70% спирт
– синтомициновую эмульсию
– гипертонический раствор
– ихтиоловую мазь

Какое гнойничковое заболевание обусловлено поражением потовых желез
– стафилококковый сикоз
– множественные абсцессы у детей
– гидраденит
– везикулопустулез
– вульгарное импетиго

Первичным элементом для пиодермий является:
– папула
– пустула
– пузырь
– волдырь

Для стрептоккового импетиго характерно все перечисленное, кроме:
– появление на коже фликтен
– желтых корок
– быстрого распространения
– воспалительных узлов

Для вульгарного сикоза не характерно:
– начало с области бороды, усов
– множественные пустулезные элементы
– большое количество гнойных корок
– появление волдырей

Заражение чесоткой осуществляется преимущественно:
– при рукопожатии
– при половом контакте
– через одежду
– все перечисленное верно

Места, не поражающиеся чесоточным клещом:

– кисти
– стопы
– половые органы мужчин
– локти
– запястья
– голова, волосы

Для чесотки характерны следующие диагностические симптомы:

– Михаэлиса, Арди-Горчакова
– Бенье-Мещерского
– Асбо-Хансена
– Никольского

Методами лабораторной диагностики чесотки являются:

– посев на питательные среды
– извлечение клеща иглой
– иммунофлюоресцентный
– методы соскобов
– мазки-отпечатки

Какой лекарственный препарат при местном применении вызывает гибель чесоточного клеща?

– Бензилбензоат
– Мазь Вишневского
– Гидрокортизоновая мазь
– Ламизил

Комплекс противоэпидемических мероприятий при чесотке включает:

– заполнение экстренного извещения
– осмотр членов рабочего коллектива
– осмотр семейного очага
– проведение заключительной дезинфекции в очаге
– проведение профилактического лечения контактных лиц в семейном очаге
– все пречисленное верно

Какие профилактические мероприятия нужно проводить при постановке больному диагноза чесотки:

– изоляция больного
– осмотр членов семьи больного
– дезинфекция постельного и нательного белья больного
– профилактическое лечение всех контактных лиц
– все перечисленное верно

Перечислите симптомы, помогающие своевременно поставить диагноз чесотки:

– наличие зуда в вечернее время
– папулезно-везикулярная сыпь

– наличие «чесоточных ходов»
– расположение сыпи на «типичных» местах
– нахождение чесоточного клеща в высыпных элементах
– все перечисленное верно

Лечение больного чесоткой предусматривает:
– назначение серных мазей
– применение УФО
– применение бензил-бензоата
– исключение острой пищи
– назначение целестодерма

К кожным заболеваниям вирусной этиологии относятся все, кроме:
– простового пузыркового лишая
– опоясывающего лишая
– контагиозного моллюска
– аногенитальных бородавок
– паховой эпидермофитии

Препаратом выбора в лечении герпетической инфекции является:
– ламизил
– дифлюкан
– сумамед
– ацикловир

С иммуномодулирующей целью в лечении папилломавирусной инфекции целесообразнее назначать:
– циклоферон
– декарис
– тималин
– метилурацил
– иммунал

С кератолитической целью в лечении подошвенных бородавок назначают:
– 5% резорциновый спирт
– 2% салициловую мазь
– 20% салициловую мазь с мочевиной
– 5% дерматолово-дегтярную мазь

Резервуаром ВПГ (вируса простого герпеса) у человека являются:
– слезные железы
– ганглий тройничного нерва
– ноньюнктива
– кожа
– мозг

Перечислите характерные клинические проявления простого пузырькового лишая:
– наличие зуда или жжения

– локализация вокруг естественных отверстий
– первичный морфологический элемент — пузырек
– группировка высыпаний
– эволюционный полиморфизм
– все перечисленное верно

Какой основной морфологический элемент при простом пузырьковом лишае?
– везикулы
– волдыри
– папула
– фолликулит
– эктима

Какой вирус является возбудителем опоясывающего лишая?
– Herpesvirus varicella zoster
– ВПГ
– ЦМВ
– ВИЧ
– Эпштейн-Барр

Назовите не характерную разновидность опоясывающего лишая:
– буллезная
– фолликулярная
– геморрагическая
– гангренозная

Этиологическим фактором возникновения бородавок являются:
– Папилломавирусы (ВПЧ)
– ВПГ
– ЦМВ
– Вирус Эпштейн-Барр
– Аденовирусы

Язвенным туберкулёзом кожи обычно страдают:
– больные сахарным диабетом
– больные с тяжелым туберкулёзным поражением внутренних органов
– лица с хроническим алкоголизмом
– больные с хроническими воспалительными процессами слизистой полости рта
– ВИЧ-инфицированные

Индуративную эритему Базена прежде всего следует дифференцировать:
– с псориазом
– с многоформной экссудативной эритемой
– с узловатой эритемой
– с опоясывающем герпесом
– с микробной экземой

К диссеминированным формам туберкулёза кожи относятся все, кроме:

– индуративной эритемы Базена
– лихеноидного туберкулёза
– бородавчатого туберкулёза
– папуло-некротического туберкулёза
– все формы являются диссеминированными

Наиболее эффективными противотуберкулёзными препаратами в настоящее время являются в отношении палочки Коха препаратом в настоящее время являются:

– этионамид и пиразинамид
– стрептомицин и канамицин
– ПАСК и тибон
– рифампицин и изониазид
– виомицини и этамбутол

Возбудителем лепры является:

– палочка Коха
– бледная спирохета
– палочка Хансена
– грибы рода Трихофитон
– актиномицеты

Инкубационный период при лепре составляет:

– 1-5 дней
– 2-3 недели
– 2-4 месяца
– 1 месяц
– несколько лет

При лепре поражается:

– кожа
– нервная система
– внутренние органы
– опорно-двигательный аппарат
– могут поражаться все органы и системы

В диагностике лепры применяется:

– реакция Вассермана
– проба Митсуды
– проба Бальцера
– проба Манту
– проба Ядассона

Большое количество микобактерий содержится:

– в носовой слизи
– спинно-мозговой жидкости
– в синовиальных оболочках
– в вагинальном секрете

– в мозговых оболочках

При какой форме лепры отмечается наиболее раннее поражение нервной системы:

– лепроматозной
– недифференцированной
– туберкулоидной
– промежуточные типы
– при всех формах одинаково

Какой препарат наиболее эффективен в отношении палочки Хансена:

– ДДС
– изониозид
– ципролет
– пенициллин
– делагил

Укажите морфологические элементы, не характерные для угревой болезни:

– Папулы
– Пустулы
– Узлы
– Везикулы

Для какой формы себореи характерно наличие большого количества комедонов:

– для сухой
– для жирной жидкой
– жирной густой
– для смешанной
– для всех форм себореи

Антибиотики какой группы наиболее целесообразно назначать при угревой болезни:

– пенициллины
– макролиды
– аминогликозиды
– фторхинолоны
– тетрациклины

В лечении угревой болезни обычно не используют:

– антибиотики
– ароматические ретиноиды
– антиандрогенные препараты
– глюкокортикостероиды
– аутогемотерапию

Лечебное питание больных себореей и угревой болезнью предусматривает все перечисленное, кроме:

– гипоаллергенной диеты

– уменьшение в рационе животных жиров
– исключение поваренной соли
– исключение острых блюд
– ограничение углеводов

Розацеа обычно страдают люди:
– 1-20 лет
– 20-30 лет
– 30-40 лет
– более 40 лет
– могут быть люди любого возраста

В течение розовых угрей встречаются все перечисленные стадии, кроме:
– Эритематозной
– Папулезной
– Гиперкератотическую
– Эритематозно-папулезную
– Папулезной
– Гипертрофическую

Профилактика розовых угрей состоит в:
– исключении алкогольных напитков
– соблюдении диеты с исключением острой ной пищи
– лечении сопутствующей патологии ЖКТ
– лечении ангионеврозов
– защите от термических воздействий
– все перечисленное верно

В наружной терапии розовых угрей не применяют:
– гель «Метронидозол»
– бензилбензоатовую мазь
– гидрокортизоновую мазь
– мази и спирты с дегтем
– метод Демьяновича

С какими заболеваниями следует дифференцировать розацеа:
– дискоидная красная волчанка
– периоральный дерматит
– вульгарные угри
– себорейная экзема
– все перечисленное верно

Какова профилаткика рецидивов розацеа?
– курортное лечение на Черноморском побережье Крыма
– фотозащитные средства
– длительные занятия физической нагрузкой
– устранение резких температурных колебаний

Для отрубевидного лишая характерны следующие клинические проявления:

– Розеола
– Невоспалительные пятна светло-коричневого цвета
– Волдыри
– Геморрагические пятна

Какие из ниже перечисленных факторов не способствуют возникновению микоза стоп:

– использование общей обуви
– контакт с сельскохозяйственными животными
– плохое санитарное состояние душевых
– повышенная потливость

Комплекс противоэпидемических мероприятий при микозах стоп включает:

– использование антифунгальных носков
– профилактика потливости и сухости кожи
– дезинфекция обуви
– соблюдение личной гигиены
– использование кремов или пудр с фунгистатическим эффектом
– все перечисленное верно

К трихомикозам (микозам волосистой части головы) не относится:

– трихофития
– отрубевидный лишай
– микроспория
– фавус

При каком микозе наблюдается зеленое свечение под лампой Вуда?

– трихофития
– микроспория
– фавус
– отрубевидный лишай
– кандидоз

При каком трихомикозе процесс разрешается рубцом или рубцовой атрофией?

– инфильтративно-нагноительная трихофития
– микроспория волосистой части головы
– отрубевидный лишай
– поверхностная трихофития

Какие клинические характеристики типичны для инфильтративно-нагноительной трихофитии?

– разрешение с образованием рубцовой алопеции
– наличие «медовых сот»
– расплавление волосяной луковицы
– свободная эпиляция волос
– наличие фолликулярного инфильтрата
– все перечисленное верно

Какая клиническая форма не характерна для фавуса волосистой части головы

– сквамозная
– уртикарная
– импетигинозная
– скутулярная

При каких грибковых заболеваниях в процесс вовлекаются внутренние органы
– трихофития
– фавус
– узловатая трихоспория
– кандидоз
– микроспория

Перечислите факторы, способствующие возникновению кандидоза
– сахарный диабет
– прием антибиотиков
– прием системных кортикостероидов
– использование гормональных контрацептивов
– изменение РН кожи
– все перечисленное верно

В возникновении красной волчанки ведущую роль играют:
– аутоиммунные процессы
– аллергия
– акантолиз
– нарушения в системе цитохрома
– радиация

К хроническим формам красной волчанки не относится:
– диссеминированная
– системная
– дискоидная
– центробежная эритема Биетта

Какой из перечисленных признаков не характерен для красной волчанки?
– фолликулярный гиперкератоз
– эрозивно-язвенные дефекты на коже
– рубцовая атрофия
– телеангиэктазии
– эритема

Для дискоидной красной волчанки характерен следующий симптом?
– Ядассона
– Бенье-Мещерского
– Ауспитца
– Никольского

Провоцирующими факторами в возникновении красной волчанки являются:
Ультрафиолетовое облучение
Медикаменты (антибиотики, вакцины, сыворотки и т.д.)

– нервно-психические стрессы
– очаги хронической вирусной инфекции
– эндокринные нарушения
– все перечисленное верно

Какой из симптомов не свойствен красной волчанке?
– фолликулярный гиперкератоз
– симптом Бенье-Мещерского
– эритема
– рубцовая атрофия
– наличие пузырей в очагах поражения

Какая клиническая стадии развития не характерна для бляшечной склеродермии
– отек
– индурация
– изъязвление
– атрофия

Провоцирующими факторами в развитии очаговой склеродермии являются:
– радиация
– травма
– термические факторы
– инфекция
– инсоляция
– все перечисленное верно

Линейная склеродермия чаще располагается:
– на лице в области лба
– на пояснице
– на предплечьях
– на голенях
– на волосистой части головы

Укажите основные клинические проявления дискоидной красной волчанки:
– ограниченная эритема
– шелушение рыхлыми чешуйками
– фолликулярный гиперкератоз
– рубцовая атрофия

Препаратом выбора в наружном лечении эритематоза является:
– дегтярная мазь
– крем с синафланом
– Лоринден С
– Локоид – крем

Для рака кожи характерны все перечисленные признаки, за исключением:
– постепенного прогрессирования
– появления углубления в центре бляшковидного образования

– отсутствие эффекта от лечения язвы кожи более 3 недель
– сферической папулы, появившейся неделю назад

Наиболее радиорезистентной опухолью является:
– базалиома
– плоскоклеточный ороговевающий рак
– плоскоклеточный неороговевающий рак
– меланома

Наиболее агрессивной опухолью человека считают:
– болезнь Ходжкина
– меланому
– саркоидоз Бека
– плоскоклеточный рак

Доброкачественным процессом с наименьшим риском малигнизации считают: лентиго
– Меланоз Дюбрея
– внутридермальный невус
– пигментная ксеродерма

Риск развития меланомы наименьший при:
– меланозе Дюбрея
– голубом невусе
– диспластическом невусе
– ювенильной меланоме

Меланома развивается из следующих клеток:
– ретикулобластов
– гистеобластов
– меланобластов
– лимфобластов

К симптомам малигнизации невуса относятся:
– быстрое увеличение невуса в размерах
– изменение цвета в сторону усиления пигментации
– появление венчика гиперемии вокруг невуса
– все перечисленные

Среди факторов, способствующих малигнизации невуса, наиболее опасным является:
– конституционные особенности организма
– пол
– частая травматизация невуса
– возраст

Если на поликлиническом приеме больной жалуется на появление кровоточивости родимого пятна, необходимо выяснить:
– является ли пигментное образование врожденным или приобретенным
– наличие субъективных ощущений в области родинки

– наличие травмы родинки
– все перечисленное

У больного зуд в области пигментного пятна. Пятно интенсивно черной окраски, размером 0,3х0,5см, возвышается под кожей. На поверхности мокнутие. Ваша тактика:

– динамическое наблюдение
– пункционная биопсия
– взятие мазков отпечатков
– мазевое лечение

К Т-клеточным лимфомам кожи относят:

– педжетоидный ретикулез
– иммунобластная Т-клеточная лимфома
– плазмоцитома кожи
– большеклеточная апластическая лимфома
– поражение кожи при лейкемии

К В-клеточным лимфомам кожи относят:

– синдром Сезари
– плеоморфные варианты лимфом кожи
– грибовидный микоз
– педжетоидный ретикулез
– Т-клеточная лимфома взрослых

К вялотекущим Т-клеточным лимфомам относят:

– плеоморфная ТКЛК
– синдром Сезари
– гранулематоз кожи
– плазмоцитома
– лимфоматоидный папулез

К быстропрогрессирующим В-клеточным лимфомам кожи относят:

– плазмоцитома
– интраваскулярная ВКЛК
– центрацитарная лимфома
– большеклеточная В-клеточная лимфома ног
– иммуноцитома

Для злокачественных Т-лимфом кожи характерно все, кроме:

– увеличение регионарных лимфатических узлов
– полиморфные высыпания
– мономорфные высыпания
– зуд разной степени выраженности
– изменение формулы крови

Чем характеризуется начальная стадия грибовидного микоза:

– медленно прогрессирующими «экзематоидными» пятнами
– зудом

– генерализованными лимфаденопатиями
– диффузной аллопецией
– ладонно-подошвенным кератозом

К Т-клеточным быстропрогрессирующим лимфомам кожи относят:

– гранулематоз кожи
– центрацитарная лимфома
– синдром Сезари
– лимфоматоидный папулез
– плазмоцитома

Диагностика при Т-клеточных лимфомах кожи:

– исследование крови на наличие клеток Сезари
– биопсия пораженного участка кожи
– вспомогательный метод: биопсия увеличенных лимфатических узлов и органов
– все перечисленное верно
– все перечисленное неверно

Патологический процесс Т-клеточной лимфомы кожи локализуется преимущественно:

– в роговом слое эпидермиса
– в базальном слое эпидермиса
– эпидермисе и сосочковом слое дермы
– в сетчатом слое дермы и гиподерме
– в лимфатических узлах

Клиническими формами обыкновенного (вульгарного) ихтиоза являются:

– ксеродермия
– простой ихтиоз
– блестящий ихтиоз
– белый ихтиоз
– змеевидный ихтиоз

Для обыкновенного (вульгарного) ихтиоза характерно:

– появление первых признаков на 1-3 году жизни
– обострение в весенне-летний период
– улучшение в весенне-осенний период
– появление первых признаков на 5-7 году жизни
– наблюдается возрастная эволюция заболевания

Для обыкновенного (вульгарного) ихтиоза характерно:

– отсутствие поражения в крупных складках
– поражаются крупные складки
– снижение сало- и потоотделения
– поражение ладоней и подошв
– сухость кожных покровов

Тип наследования вульгарного ихтиоза:

– аутосомно-доминантный
– аутосомно-рецессивный
– сцепленный с полом
– полигенный тип наследования не установлен

При сцепленном с полом вульгарном ихтиозе:
– наследование доминантное, сцепленное с полом
– наследование рецессивное, сцепленное с полом
– болеют лица женского пола
– болеют лица мужского пола
– тип наследования полигенный

Для лечения ихтиоза применяются:
– Ретиноиды (тигазон, роаккутан и др.)
– Макролиды
– Витамины А, С, группы В
– Гипосенсибилизирующая терапия
– Бальнеотерапия солевыми, масляномолочными, крахмальными ваннами

При эпидермолизе буллезном дистрофическом:
– пузыри образуются вследствие дерматолиза в сосочковом слое дермы
– пузыри образуются интраэпидермально
– эрозивно-язвенные поражения заживают рубцом
– на местах поражения остается стойкая пигментация
– часто выражен ложный симптом Никольского

Укажите продолжительность инкубационного периода при сифилисе
– 3- 4 недели
– 1-2 недели
– 5 недель
– 6 недель

Незаразными считаются следующие биологические жидкости
– кровь
– сперма
– грудное молоко
– моча и пот
– слюна

Средняя продолжительность инкубационного периода сифилиса составляет
– 10-15 дней
– 15-20 дней
– 20-25 дней
– 28-35 дней
– свыше 35 дней

Удлинение инкубационного периода сифилиса возможно у лиц:
– страдающих алкоголизмом

– страдающих туберкулезом
– принимающих антибиотики в небольших дозах по поводу сопутствующей патологии
– имеющих несколько твердых шанкров
– удлинение инкубационного периода сифилиса невозможно

Первичный период сифилиса длится
– 3-4 недели
– 4-6 недель
– 6-8 недель
– 8-10 недель
– 10-12 недель

После первичного периода сифилиса наступает:
– вторичный свежий сифилис
– вторичный рецидивный сифилис
– вторичный скрытый сифилис
– ранний скрытый сифилис
– поздний скрытый сифилис

Реинфекция – это:
– тяжелое течение сифилиса у лиц с ослабленным иммунитетом
– повторное заражение сифилисом после излечения
– невозможность заражения сифилисом вследствие стойкого иммунитета
– нарушение периодизации в течение сифилиса

Какая форма строения характерна для патогенной бледной трепонемы?
– Нитевидная
– Палочковидная
– Зернистая
– Шарообразная
– Спиралевидная

Назовите формы бледной трепонемы, возникающие под влиянием неблагоприятных экзо- и эндогенных факторов:
– коки
– ретикулярные тельца
– L-формы
– инициальные тельца
– цисты

Какое из нижеперечисленных исследований применяется в повседневной практике для обнаружения бледных трепонем?
– исследование нативных препаратов в темном поле
– окраска мазка по Романовскому-Гимзе
– окраска мазка метиленовым синим
– культивирование на питательных средах
– серебрение по Морозову

Перечислите варианты прямого заражения сифилисом:
- половой
- профессиональный
- трансплацентарный
- трансфузионный
- контактно-бытовой

При ущемлении головки полового члена отечным препуциальным кольцом возникает
- парафимоз
- гангренизация
- фагеденизация
- баланит
- баланопостит

Регионарный лимфаденит появляется после возникновения твердого шанкра через
- 3-5 дней
- 5-7 дней
- 7-10 дней
- 10-12 дней
- 12-15 дней

Лимфатические узлы при сифилисе
- увеличены до размеров фасоли или лесного ореха
- плотноэластической консистенции
- подвижные
- безболезненные при пальпации
- все утверждения верны

Как изменяются лимфатические узлы при первичном периоде сифилиса?
- увеличены
- плотноэластической консистенции
- безболезненны
- ее спаяны между собой и с кожей
- кожа над ними не изменена
- все перечисленное верно

Укажите заболевания, не являющиеся осложнением первичной сифиломы:
- Фимоз
- Вульвовагинит
- Парафимоз
- Гангренизация
- Фагеденизм
- Шанкр-амигдалит

Какие клинические характеристики типичны для индуративного отека?
- отсутствие дефекта кожи

– локализация в области половых органов
– безболезненность
– увеличение органа в 2-4 раза
– отсутствие ямки при надавливании
– все перечисленное верно

Отметьте наиболее заразные высыпания вторичного сифилиса:
– розеола туловища
– эрозивные папулы языка
– лейкодерма
– широкие кондиломы
– очаги облысения

Укажите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз пустулезного сифилиса:
– вульгарная эктима
– вульгарные угри
– вульгарное импетиго
– рупия
– все перечисленное

Какие признаки свидетельствуют о наличие у больного вторичного рецидивного сифилиса:
– бугорки
– широкие кондиломы
– осиплость голоса
– сифилитическая пузырчатка
– все перечисленное

Какие высыпания могут встречаться на коже больного вторичным сифилисом:
– папулезные
– розеолезные
– пигментные
– пустулезные
– все перечисленное

При снятии больного сифилисом с учета в КВД необходимо получить заключение об отсутствии специфической патологии от перечисленных специалистов, кроме:
– терапевта
– хирурга
– окулиста
– невролога
– отоларинголога

Какие высыпания не встречаются на коже у больных вторичным сифилисом?
– розеолезные
– папулезные

– пустулезные
– пигментные
– бугорковые

Укажите основную причину возникновения третичного периода сифилиса?

– беспорядочные половые связи
– алкоголизм, наркомания, токсикомания
– неполноценная специфическая терапия
– ослабленная реактивность организма

Какие морфологические элементы не характерны для третичного периода сифилиса?

– Бугорки
– Везикулы
– Гуммы

Какие клинические особенности свойственны сифилидам третичного периода сифилиса?

– малая контагиозность
– деструктивный характер
– необильны, асимметричны
– безболезненны
– появляются внезапно
– все перечисленное верно

Какая клиническая характеристика не типична для бугоркового сифилида?

– размер 4-5 мм
– плотно - эластическая консистенция
– разрешение рубцом или рубцовой атрофией
– отсутствие болезненности
– сопровождаются зудом

Какой рубец образуется после разрешения бугоркового сифилида?

– мозаичный
– штампованный
– звездчатый
– мостовидный
– атрофический

Какие высыпания не относятся к разновидностям бугоркового сифилида?

– сгруппированный
– мозаичный
– карликовый
– звездчатый
– серпигинирующий

Какие клинические характеристики типичны для сгруппированного бугоркового сифилида?

– фокусное расположение бугорков

– появление свежих бугорков на рубцах
– отсутствие периферического роста
– все перечисленное верно

Какой морфологический элемент представляет собой гумма?
– узел
– папула
– бугорок
– эктима
– рупия

Какой исход не характерен для сифилитических гумм?
– склерозирование
– изъязвление
– рубцевание

Какой рубец образуется на месте гуммы?
– звездчатый
– мозаичный
– мостовидный
– келлоидный
– штампованный

На каком сроке внутриутробного периода обычно происходит поражение плода:
– на 1-ом месяце
– на 6-7 месяце
– заражение происходит при прохождении по родовым путям
– 1 триместр
– на 4-5 месяце

Какие органы наиболее поражаются при сифилисе плода?
– нервная система
– эндокринные железы
– печень и селезенка
– сердце
– почки и кишечник

При какой форме сифилиса у матери более вероятно тяжелое поражение сифилисом плода?
– поздний скрытый
– третичный активный
– вторичный скрытый
– спинная сухотка
– третичный скрытый

Излюбленная локализация высыпаний при сифилитической пузырчатке:
– себорейная зона
– туловище

– гениталии
– ладони и подошвы
– повсеместно по кожному покрову

Какие сифилиды характерны для врожденного сифилиса грудного возраста?

– папулезные
– розеолёзные
– сифилитическая алопеция
– пустулёзные
– возможны все варианты

Каким путем сифилис передается плоду?

– трансплацентарно
– через инфицированный сперматозоид
– при прохождении через родовые пути
– трансовариально
– через инфицированные околоплодные воды

Какие выделяют формы врожденного сифилиса?

– сифилис плода
– сифилис грудного возраста
– сифилис раннего детского возраста
– поздний врожденный сифилис
– скрытый врожденный сифилис
– все перечисленное верно

Какие изменения наблюдаются в плаценте при сифилитической инфекции?

– увеличение массы плаценты
– развитие грануляционной ткани и абсцессов в сосудах ворсинок
– эндо-, мезо- и периваскулиты ворсинок
– облитерация сосудов ворсинок
– резкое преобладание изменений в зародышевой части плаценты
– все перечисленное верно

Какие клинические проявления не типичны для врожденного сифилиса грудного возраста?

– сифилитическая пузырчатка
– паренхиматозный кератит
– диффузная папулезная инфильтрация Гохзингера
– триада Гетчинсона
– остеохондрит

Клиническими характеристиками сифилитической пузырчатки являются:

– локализация пузырей на ладонях и подошвах
– локализация пузырей на туловище
– эволюционный полиморфизм высыпаний
– тяжелое общее состояние
– обилие бледных трепонем в отделяемом пузырей

– все перечисленное верно

К какому изменению костей могут привести остеопериоститы и периоститы в грудном возрасте?

– саблевидные голени
– 0-образные голени
– ягодицеобразный череп
– Х-образные голени
– дактилиты

Какая патология нервной системы типична для сифилиса грудного возраста?

– менингиты
– радикулиты
– менингоэнцефалиты
– радикулоневриты
– гидроцефалия

Больному с установленным диагнозом сифилиса показано:

– специфическое лечение
– превентивное лечение
– профилактическое лечение
– пробное лечение
– лечение по эпидемиологическим показаниям

При подозрении на сифилитическое поражение аорты при отрицательных результатах серологических реакций возможно проведение:

– специфического лечения
– превентивного лечения
– профилактического лечения
– пробного лечения
– лечения по эпидемиологическим показаниям

Беременной женщине, ранее получившей специфическое лечение по поводу сифилиса, при отсутствии негативации серореакций проводится:

– специфическое лечение
– превентивное лечение
– профилактическое лечение
– пробное лечение
– лечение по эпидемиологическим показаниям

При наличии у пациента клиники заразных форм сифилиса и отсутствии возможности лабораторного подтверждения проводится:

– специфическое лечение
– превентивное лечение
– профилактическое лечение
– пробное лечение
– лечение по эпидемиологическим показаниям

Лицу, которому 2 недели назад перелили кровь от больного сифилисом, показано:

- специфическое лечение
- превентивное лечение
- профилактическое лечение
- пробное лечение
- лечение по эпидемиологическим показаниям

Препаратом, неэффективным в отношении бледной трепонемы, является:

- ампициллин
- доксициклин
- бисептол
- эритромицин
- цефтриаксон

Для амбулаторного лечения сифилиса наиболее предпочтительным препаратом является:

- бензилпенициллин
- ампициллин
- экстенциллин
- прокаин-пенициллин
- новокаиновая соль пенициллина

Двухмоментное введение глубоко в мышцу необходимо при применении всех препаратов, кроме:

- бензилпенициллина
- экстенциллина
- бициллина-3
- бициллина-5
- ретарпена

При лечении сифилиса у ребенка 6 лет не допускается применение:

- бензилпенициллина
- эритромицина
- экстенциллина
- доксициклина
- цефтриаксона

При снятии с учета по сифилису обследование включает все, кроме:

- консультация терапевта
- консультация невролога
- консультация окулиста
- рентгенограмма грудной клетки
- необходимы все перечисленные мероприятия

Препаратом пенициллина средней дюрантности является:

- бензилпенициллин
- бицилин-3

– прокаин-пенициллин
– ретарпен
– экстенциллин

Какие микроорганизмы длительное время могут персистировать в трихомонадах?

– бледная трепонема
– гонококки
– вирусы
– грибы Candida

Какими путями не осуществляется инфицирование гонококками?

– половой
– через предметы туалета, белье
– при прохождении через родовые пути
– воздушно-капельным

Какой метод исследования применяют для топической диагностики уретрита?

– двухстаканная проба
– проба Ульцмана
– уретроскопия
– реакция Борде-Жангу
– комбинированная провокация

Какой клинический симптом не характерен для острого переднего уретрита?

– боли и рези при мочеиспускании
– зуд и жжение в уретре
– гиперемия и отек губок уретры
– белый, крошковатый налет на головке полового члена
– обильные гнойные выделения из уретры

Какие клинические симптомы характерны для хронического гонорейного уретрита?

– склеивание губок уретры после ночного сна
– наличие симптомов поражения желез
– усиление выделений при физической нагрузке
– ослабление эрекции

Через какие промежутки времени после провокации берут мазки на гонококк?

– через 24 часа
– через 12 часов
– через 48 часов
– через 96 часов
– через 72 часа

В чем состоят особенности гонорейной инфекции у девочек?

– многоочаговость процесса
– часто поражается прямая кишка
– поражаются преддверие влагалища и влагалище

– восходящая гонорея встречается редко
– преобладает острый процесс
– все перечисленное верно

Какой препарат используется для профилактики бленнореи у новорожденных?
– Пенициллин
– Альбуцид
– Риванол
– Резорцин

В какой срок после окончания специфической терапии по поводу гонореи проводится установление критерия излеченности?
– через 7-10 дней
– через 15 дней
– через 3 недели
– через 1 месяц
– через 3 месяца

Укажите виды провокаций, применяемых для диагностики гонореи:
– механическая
– биологическая
– химическая
– алиментарная
– все перечисленное

Морфология Neisseria gonorrea:
– парные кокки
– коккобациллы
– полиморфные бактерии
– мелкие палочки
– кокки различных размеров

Клинические формы гонореи:
– свежая острая
– свежая подострая
– абсцедирующая
– хроническая
– свежая торпидная

Длительность инкубационного периода при гонорее чаще всего составляет:
– 2 дня
– 3 - 5 дней
– 8 - 10 дней
– 10 - 14 дней
– 15 - 30 дней

Клиника хронического тотального гонорейного уретрита:
– обильные гнойные выделения
– гиперемия слизистой губок наружного отверстия уретры

– болезненность в конце акта мочеиспускания
– гнойные нити в обеих порциях мочи
– скудные гнойные выделения из уретры

Клиника свежего острого переднего гонорейного уретрита :
– гиперемия губок уретры
– плотноэластическая консистенция стенок уретры
– гнойные выделения из уретры
– учащенное мочеиспускание
– тупые боли внизу живота

Комплексная терапия хронической гонореи включает:
– иммунотерапия
– этиологическое лечение
– симптоматическое лечение
– местное лечение
– все перечисленное

Мужчина с диагнозом: свежий торпидный гонорейный уретрит. Какое из назначений ошибочно?
– пенициллин
– преднизолон
– пирогенал
– экстракт алоэ
– местное лечение

Осложнения гонореи у мужчин:
– простатит
– орхоэпидидимит
– парауретрит
– стриктура уретры
– все перечисленное верно

Виды провокаций у мужчин :
– биологическая
– химическая
– алиментарная
– механическая
– физиологическая

Препаратом выбора в лечении гонореи в настоящее время является:
– пенициллин
– тетрациклин
– цефтриаксон
– метронидазол
– эритромицин

К диссеминированной гонорее относятся поражения гонококком:
– конъюнктивы

– уретры
– заднего прохода
– суставов
– бартолиниевых желез

Первый контроль излеченности гонореи проводится после окончания курса антибиотика:

– сразу
– через 7-10 дней
– через 2 недели
– через месяц
– через 3 месяца

Вероятность неполового заражения гонореей наиболее велика:

– у медицинских работников
– у пожилых людей
– у лиц среднего возраста
– у подростков
– у маленьких девочек

В случае индивидуальной непереносимости пенициллина беременной женщине с диагнозом хронический гонорейный уретрит, эндоцервицит, проктит можно применить антибактериальные препараты

– Эритромицин
– Тетрациклин
– Рифампицин
– Сумамед
– Цефтриаксон

Какие уретриты не относятся к венерическим?

– хламидийный
– кандидозный
– трихомонадный
– гарднереллезный
– уреаплазменный

Эпителий каких органов не поражается хламидиями?

– уретры
– цервикального канала
– прямой кишки
– глаз

В чем заключается медико-социальное значение хламидиоза?

– приводит к бесплодию
– является причиной невынашивания беременности
– является причиной воспалительных заболеваний органов малого таза
– приводит к заражению новорожденных
– все перечисленное верно

Какой основной метод лабораторной диагностики подтверждает диагноз хламидиоза?

- иммунофлюресцентный
- иммуноферментный
- ПЦР
- ЛЦР
- культуральный

Какой контингент женщин в акушерско-гинекологической практике подлежит обследованию на урогенитальный хламидиоз?

- беременные женщины
- с воспалительными заболеваниями органов малого таза
- наличие в анамнезе внематочной беременности
- все перечисленное верно

Какие основной путь заражения урогенитальным хламидиозом?

- половой
- воздушно-капельный
- внутриутробно
- контактно-бытовой

Укажите, какой орган не поражаются при болезни Рейтера?

- глаза
- печень
- суставы
- уретра

Какой метод лабораторной диагностики позволяет подтвердить урогенитальный трихомониаз?

- РИФ
- РИБТ
- культуральный
- РПГА
- микроскопия нативного препарата

Укажите препарат для лечения урогенитального трихомониаза?

- Метронидазол
- Низорал
- Дифлюкан
- Пенициллин

Установление контроля излеченности урогенитального хламидиоза с применением полимераз- ной цепной реакции (ПЦР) следует проводить:

- не ранее чем через 1,5 месяца после лечения
- сразу по окончании лечения
- через 14 дней после лечения
- через 1 месяц после лечения
- в течение месяца 3 раза с интервалом в 10 дней

Выберите наиболее эффективное средство для лечения хламидийного уретрита:

- пенициллин
- метронидазол
- доксициклин
- левамизол
- аспирин

Какая стадия не характерна для болезни Рейтера ?

- инфекционно-токсическая
- иммунного воспаления
- атрофии

Условия, способствующие возникновению урогенитального кандидоза:

- кишечный и локальный дисбактериоз
- иммунодефицитные состояния
- дисэндокринии
- антибиотикотерапия
- кортикостероидная терапия
- все перечисленное верно

Группы препаратов, необходимые для лечения при хламидиозе:

- препараты группы имидазола
- иммуностимуляторы
- ферменты
- антибиотики
- кортикостероиды

Что является основным лабораторным подтверждением гарднереллеза:

- тест на уреазу
- обнаружение флюоресцирующих антител
- обнаружение почкующихся клеток
- движение клеток в нативном препарате
- обнаружение ключевых клеток

Морфология гарднерелл:

- спирохеты
- кокковидные бактерии и палочки
- ретикулярные и элементарные тельца
- вирусы
- простейшие

Trichomonas vaginalis способна передаваться

- через поцелуй
- половым путем
- при купании в бассейне
- гемотрансфузионным путем
- все перечисленное верно

Болезнь Рейтера развивается наиболее часто у

- маленьких девочек
- молодых женщин
- молодых мужчин
- подростков
- пожилых мужчин

Инфекции ВИЧ не передаются

- трансфузионным путем
- трансмиссивным путем
- от заболевшей матери к плоду
- инъекционным путем
- половым путем

СПИДу могут сопутствовать

- оппортунистические инфекции внутренних органов
- поражения нервной системы
- эпидемическая саркома Капоши
- волосатая лейкоплакия языка
- все перечисленное

Укажите правильное определение общественного здоровья и здравоохранения как науки:

- это наука о стратегии и тактике системы здравоохранения, направленная на улучшение общественного здоровья населения
- это наука, изучающая влияние факторов среды обитания на человека и разрабатывающая оптимальные требования к условиям жизнедеятельности человека
- это система мероприятий по охране здоровья населения.

Какой статистический показатель характеризует развитие явления в среде, непосредственно с ним не связанной?

- экстенсивный
- интенсивный
- соотношения
- наглядности

При проведении медико-социальных исследований применяются следующие методы:

- исторический
- статистический
- экспериментальный
- экономический
- социологический
- все вышеперечисленные.

В населенном пункте целесообразно размещать многопрофильную больницу в зоне:

- селитебной (жилой)
- промышленной
- коммунально-складской
- пригородной
- зеленой

Основным методическим подходом для решения задач в области организации здравоохранения является:

- статистический анализ состояния здоровья населения
- изучение общественного мнения
- решение кадровых вопросов
- системный управленческий подход
- решение финансовых вопросов

Система здравоохранения в России является

- государственной
- смешанной
- страховой
- частной

Учет заболеваемости по данным результатов медосмотров осуществляется, верно все, кроме:

- контрольная карта диспансерного наблюдения
- карта подлежащего периодическому осмотру (ф.046)
- талон амбулаторного пациента

Укажите единый нормативный документ для статистических разработок госпитализированной заболеваемости

- такого документа не существует
- международная классификация болезней, травм и причин смерти в) статистическая карта выбывшего из стационара, ф.№ 066/у-02
- листок учета движения больных и коечного фонда стационара, ф.№ 007/у
- сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек, ф.№ 016/у

Диспансеризация населения в настоящее время проводится

- в соответствии с возрастом
- в соответствии с полом
- все вышеперечисленное

Целью эпидемиологических исследований является:

- характеристика распределения и распространения заболеваний по группам населения
- разработка мер профилактики и оценка их эффективности
- планирование профилактических мероприятий

– оценка распространенности естественного течения заболеваний

Первичная медицинская статистическая документация необходима для

– регистрации изучаемого явления (например, заболеваемости с впервые в жизни диагностируемым заболеванием)
– оперативного управления ЛПУ
– выработки конкретного, обоснованного решения
– изучения особенностей и закономерностей состояния здоровья населения д) все вышеперечисленное
– Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий:
– улучшение технологии оказания лечебно-профилактической помощи
– обучение методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях
– участие всех специалистов в мероприятиях по контролю качества
– все вышеперечисленное

Средняя продолжительность предстоящей жизни это:

– число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения повозрастные показатели смертности останутся такими же, как в расчетном году
– число лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения показатели смертности и рождаемости останутся такими же, как в расчетном году
– средний возраст умерших за год

Коэффициент естественного прироста – это отношение

– годового числа родившихся / годовому числу умерших
– годового числа умерших / годовому числу родившихся
– (годовое число родившихся – годовое число умерших) х 1000 / среднегодовой численности населения

Медицинские осмотры как метод изучения заболеваемости обладают следующими преимуществами:

– дают представление о распространенности хронических заболеваний у всего населения
– позволяют выявить скрыто протекающую патологию
– требуют относительно небольших финансовых затрат
– позволяют судить о частоте хронической патологии у декретированных контингентов

МКБ-10 – это:

– важнейший юридический, медицинский и статистический документ
– основа для разработки стандартов оказания медицинской помощи населению
– система рубрик, в которые отдельные патологические состояния

включены в соответствии с определенными установленными критериями

Уровнями экспертизы временной нетрудоспособности являются:

- лечащий врач
- ВК медицинской организации
- ВК департамента здравоохранения города
- первичное бюро медико-социальной экспертизы

Временная утрата трудоспособности – это

- невозможность выполнения человеком работы вообще или по конкретной специальности, носящая относительно кратковременный характер
- состояние при котором, нарушение функций организма, препятствующее труду, носят временный, обратимый характер
- социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящие к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Укажите функции листка нетрудоспособности:

- юридическая
- медицинская
- финансовая
- статистическая
- управленческая

Какие документы удостоверяют временную нетрудоспособность:

- справка установленной формы
- медицинская карта амбулаторного больного или история болезни в стационаре
- страховой медицинский полис
- листок нетрудоспособности

Кто имеет право выдавать листок нетрудоспособности:

- мед. работники скорой помощи
- мед. работники станций переливания крови
- лечащие врачи государственных и муниципальных учреждений здравоохранения
- врачи учреждений судебно-медицинской экспертизы
- врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, имеющие лицензию на проведение экспертизы временной нетрудоспособности
- лечащие врачи туберкулезных санаториев и клиник НИИ протезирования
- медицинские работники домов отдыха и туристических баз
- мед. работники учреждений Роспотребнадзора
- медицинские работники со средним медицинским образованием по специальному разрешению

Какие документы должен представить пациент для получения листка нетрудоспособности:

- страховой медицинский полис
- паспорт
- медицинская карта амбулаторного больного
- письменное разрешение главврача поликлиники
- военный билет для военнослужащих

Что включает в себя медицинская экспертиза

- направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность,
- установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина
- все перечисленное

Виды медицинских экспертиз

- экспертиза временной нетрудоспособности
- медико-социальная экспертиза
- военно-врачебная экспертиза
- судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы
- экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией
- экспертиза качества медицинской помощи
- все перечисленное

Ведущие механизмы сердечной смерти:

- Блокада ножки пучка Гиса
- Асистолия и фибрилляция
- Фибрилляция и коарктация
- Асистолия и агенезия
- Асистолия и мерцательная аритмия

Синдром, характеризующийся прекращением сокращений желудочков:

- Мерцательная аритмия
- Фибрилляция
- Диссоциация
- Агенезия
- Асистолия

Неэффективные, некоординированные, очень быстрые сокращения желудочков, приводящиек остановке сердца:

- Дефибрилляция
- Асистолия
- Аритмия
- Фибрилляция
- Миомаляция

Морфологические изменения при фибрилляции желудочков:
- Распространенные фрагментация и контрактуры кардиомиоцитов
- Мелко- и крупноочаговый кардиосклероз
- Лейкоцитарная инфильтрация миокарда
- Белковая и жировая дистрофия кардиомиоцитов
- Липоматоз и жировая дистрофия кардиомиоцитов

Механизмы острой сердечной недостаточности:
- Учащение и урежение сердечных сокращений
- Бради- и тахикардия
- Застой крови и быстрое падение сердечного выброса
- Тромбозы и эмболии
- Уменьшение объема циркулирующей крови

Проявления острой левожелудочковой недостаточности:
- Бурая индурация легких
- Мускатная печень
- Глазурная селезенка
- Альвеолярный отек легких
- Анасарка

Проявления хронической правожелудочковой недостаточности:
- Мускатная печень и альвеолярный отек легких
- Анасарка и мускатная печень
- Бурая индурация легких
- Постинфарктный кардиосклероз
- Анемия

Проявления хронической левожелудочковой недостаточности
- Мускатная печень
- Альвеолярный отек легких
- Гидроторакс
- Интерстициальный отек легких
- Бурая индурация легких

Проявления аритмического кардиогенного шока:
- Альвеолярный отек легких
- Интерстициальный отек легких
- «Сухие» легкие и шоковая почка
- Постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз
- Эмфизема легких и легочное сердце

Проявления миогенного кардиогенного шока:
- Отек легких и шунтирование кровотока
- Коагулопатии и анемия
- Артериальная гипертензия и гипертрофия левого желудочка
- «Сухие» легкие и ДВС-синдром
- Полиорганная недостаточность

Ненасильственная смерть, развившаяся неожиданно у лиц, считавших себя здоровыми инаходившихся в удовлетворительном состоянии:

- Прогнозируемая
- Ожидаемая
- Неожиданная
- Внезапная
- Сердечная

Наиболее частые причины внезапной сердечной смерти:

- Хроническая сердечная недостаточность
- Ревматические и атеросклеротические пороки сердца
- ИБС и кардиомиопатии
- Гипотензия
- Блокада ножек пучка Гиса

Наиболее частый вид реперфузионных инфарктов миокарда:

- Геморрагический
- Ишемический
- Ареактивный
- Застывший
- Мелкоочаговый

Основные изменения в ишемическую стадию инфаркта миокарда:

- Некроз кардиомиоцитов
- Контрактурные повреждения кардиомиоцитов
- Грануляционная ткань
- Лейкоцитарная инфильтрация
- ДВС-синдром

Основные изменения в некротическую стадию инфаркта миокарда:

- Белковая и жировая дистрофия кардиомиоцитов
- Грануляционная ткань
- Лейкоцитарная инфильтрация
- Постинфарктный кардиосклероз
- Некроз кардиомиоцитов

Основные изменения на стадии организации инфаркта миокарда:

- Некроз кардиомиоцитов
- Контрактурные повреждения кардиомиоцитов
- Грануляционная ткань
- Диффузная лейкоцитарная инфильтрация
- Тромбоз коронарной артерии

Проявления острой коронарной недостаточности:

- Кардиосклероз
- Кальциноз коронарных артерий
- Некроз кардиомиоцитов
- Глыбчатый распад и контрактуры кардиомиоцитов
- Грануляционная ткань

Атеросклеротические бляшки, при наличии которых чаще наступает острая коронарная недостаточность:

- Стабильные

- Комбинированные
- Смешанные
- Статичные
- Нестабильные

Основные виды кардиомиопатий:

- Первичные и вторичные
- Гипертрофические и рестриктивные
- Инфекционные и неинфекционные
- Истинные и ложные
- Гипертрофические и гипотрофические

Патологические состояния, не приводящие к развитию симптоматической артериальнойгипертензии:

- Гиперальдостеронизм
- Аномалии сосудов
- Заболевания легких
- Ренинпродуцирующие опухоли почек
- Реноваскулярные болезни

Морфологические изменения на первой стадии гипертонической болезни:

- Концентрическая гипертрофия стенки левого желудочка
- Эксцентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка
- Расширение полостей сердца
- Гипертрофия миокарда правого желудочка
- Дилатационная кардиомиопатия

Изменения артериол на первой стадии гипертонической болезни:

- Гиалиноз
- Гиперплазия гладкомышечных клеток
- Амилоидоз
- Тромбоз
- Эластофиброз

Изменения артериол на второй стадии гипертонической болезни:

- Дилатация и тромбоз
- Гиперплазия гладкомышечных клеток
- Атеросклероз
- Васкулиты и фибриноидный некроз
- Гиалиноз и склероз

Изменения миокарда на второй стадии гипертонической болезни:

- Дилатация полостей и кардиосклероз
- Гипертрофия и аневризмы
- Атрофия и кардиосклероз
- Гипертрофия и миофиброз
- Кардиосклероз и аневризмы

Изменения почек на третьей стадии гипертонической болезни:

- Артериолосклеротический нефросклероз
- Интерстициальный нефрит

- Хронический гломерулонефрит
- Пиелонефрит
- Поликистоз

Изменения головного мозга на третьей стадии гипертонической болезни:
- Геморрагический менингоэнцефалит
- Кровоизлияния и инфаркты
- Гидроцефалия и порэнцефалия
- Глиальные рубцы
- Сенильные бляшки и кисты

Основные проявления злокачественной формы артериальной гипертензии:
- Кисты головного мозга
- Гиалиноз и эластофиброз артерий
- Кровоизлияния в сетчатку, нефросклероз Фара
- Эксцентрическая гипертрофия миокарда, миофиброз
- Артериологиалиноз и артериолосклероз

Основные изменения артериол во время гипертонического криза:
- Плазматическое пропитывание и артериологиалиноз
- Гиперэлатоз и гипертрофия гладкомышечного слоя
- Атеросклероз
- Артерио- и артериолосклероз
- Плазматическое пропитывание и фибриноидный некроз

Морфология стадии липоидоза при атеросклерозе:
- Липосклеротические бляшки
- Жировая инфильтрация интимы
- Обызвествление интимы
- Интрамуральные кровоизлияния
- Холестеатомы и олеогранулемы интимы

Морфология стадии липосклероза при атеросклерозе:
- Реактивный фиброз в зоне отложения липидов
- Липидные пятна
- Обызвествленные бляшки
- Атероматоз в зоне отложения липидов
- Изъязвленные бляшки

Морфология стадии атероматоза при атеросклерозе:
- Обызвествление и петрификация
- Склероз и гиалиноз интимы
- Обызвествление и оссификация
- Изъязвленные бляшки, интрамуральные кровоизлияния
- Липидные пятна, липосклеротические бляшки

Основные осложнения атеросклероза:
- Гипертрофия, гиперплазия и дистрофия органов
- Гангрены, трофические язвы, гипертрофия органов
- Инфаркты, кровоизлияния, жировая дистрофия органов
- Кровоизлияния, ДВС-синдром, тромбозы и эмболии

– Инфаркты, гангрены, склероз и атрофия органов

Морфологическая картина острой коронарной недостаточности в миокарде:

– Артериологиалиноз и плазматическое пропитывание артериол, экстравазаты
– Гиперплазия мышечного слоя и гиперэластоз артериол
– Десквамация эндотелия, гофрированность эластической мембраны и пристеночные тромбы в мелких сосудах
– Расширение вен и капилляров, микроаневризмы мелких сосудов
– Плазматическое пропитывание и фибриноидный некроз артериол, некрозкардиомиоцитов

Метод, применяющийся для диагностики ишемической стадии инфаркта миокарда:

– Фазово-контрастная микроскопия
– Поляризационная микроскопии
– Окраска конго красным
– Реакция Перлса
– Реакция Вирхова

Стадии инфаркта миокарда:

– Некротическая, организация, постинфарктная
– Ишемическая, некротическая, постинфарктный кардиосклероз
– Ишемическая, некротическая, организации
– Ранняя, поздняя, исхода
– Донекротическая и некротическая

Иммуногистохимическая реакция, применяемая для диагностики ранней стадии инфарктамиокарда, выявляет исчезновение в кардиомиоцитах:

– Десмина
– Тропонина
– Фибриногена
– Гликогена
– Протромбина

Патологический процесс, не являющийся осложнением инфаркта миокарда:

– Кардиогенный шок
– Синдром Дресслера
– Гемоперикард
– Подкожная эмфизема
– Фибрилляция желудочков

Стойкое угнетение сократимости миокарда левого желудочка, возникающее вследствие егогипоперфузии:

– Постинфарктный кардиосклероз
– Прекондиционирование
– Гипертрофированный миокард
– Оглушенный миокард
– Гибернирующий миокард

Вариант кардиомиопатий, не относящийся к гипетрофическим:

- Ассиметричная
- Рестриктивная
- Симметричная
- Верхушечная
- Субаортальный стеноз

Микроскопические признаки гипертрофической кардимиопатии:
- Интерстициальный и плексиформный кардиосклероз
- Гипертрофия и атрофия кардиомиоцитов
- Дезориентация кардиомиоцитов и формирование завитков
- Фрагментация и глыбчатый распад кардиомиоцитов
- Липофусциноз и гемохроматоз миокарда

Дилатационная кардиомиопатия часто является исходом:
- Инфаркта миокарда
- Септического эндокардита
- Некоронарогенных некрозов миокарда
- Гипертонической болезни
- Миокардита

Морфологические изменения при рестриктивной кардиомиопатии:
- Плексиформный кардиосклероз
- Фиброз и гиалинизация клапанного эндокарда
- Амилоидоз миокарда и клапанов сердца
- Фиброз пристеночного эндокарда
- Мелкоочаговый кардиосклероз

Морфологические изменения при алкогольной кардиомиодистрофии:
- Гипертрофия и атрофия кардиомиоцитов, периваскулярный липоматоз
- Гипертрофия кардиомиоцитов, артериологиалиноз
- Фрагментация и глыбчатый распад кардиомиоцитов, плексиформный склероз
- Периваскулярный кардиосклероз, гранулемы
- Липофусциноз, жировая и вакуольная дистрофия кардиомиоцитов

Виды зоба:
- Диффузный
- Диффузно-узловой
- Фибропластический
- Кальцифицирующий
- Узловой

Морфологические изменения в щитовидной железе при зобе Риделя:
- Отек
- Кальциноз
- Лейкоцитарная инфильтрация
- Атрофия эпителия
- Склероз

Доброкачественные опухоли щитовидной железы:
- фолликулярная аденома

- микрофолликулярная аденома
- базалиома
- папиллома
- трабекулярная аденома

Силы службы медицины катастроф РФ представлены:

- органами управления, комиссиями по чрезвычайным ситуациям
- бригадами СМП, врачебно-сестринскими и доврачебными бригадами ЭМП, бригадами специализированной медицинской помощи постоянной готовности, автономными выездными медицинскими госпиталями, медицинскими отрядами, оперативными группами управления, ЛПУ, органами управления
- торговые и промышленные организации

Основные задачи службы экстренной медицинской помощи в ЧС:

- сохранение здоровья населения, своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи с целью спасения жизни пораженным, снижение инвалидности и неоправданных безвозвратных потерь, снижение психоневрологического и эмоционального воздействия катастроф на население, обеспечение санитарного благополучия в районе ЧС, проведение судебно- медицинской экспертизы и др.
- сохранение здоровья личного состава медицинских формирований, планирование развития сил и средств развития здравоохранения и поддержание их в постоянной готовности к работе в зоне катастроф, для ликвидации последствий ЧС
- пропаганда здорового образа жизни и соблюдение закона о санитарном благополучии населения

Основные формирования службы экстренной медицинской помощи:

- врачебно-сестринские бригады, бригады СМП, спасательный отряд, ЦРБ, центр экстренной медицинской помощи, территориальные лечебные учреждения
- бригады экстренной медицинской помощи, медицинские отряды, бригады экстренной специализированной медицинской помощи, специализированные медицинские бригады постоянной готовности, оперативные группы управления, специализированные противоэпидемические бригады, автономные выездные медицинские госпитали и др.
- санитарные бригады ЛПУ, дезостанция, центр стандартизации и метрологии, ЦГСЭН

Основные мероприятия, осуществляемые службой экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях:

- медицинская разведка, оказание медицинской помощи, эвакуация пораженных, подготовка и поддержание в высокой степени готовности сил и средств службы и их ввод в район катастрофы, анализ оперативной

информации, пополнение, учет, контроль и освежение запасов медицинского имущества и средств защиты
- создание систем связи и управления, организация наблюдения за внешней средой, использование защитных сооружений и подготовка загородной зоны, разработка планов МК, приведение в полную готовность всей службы МК
- определить потери, необходимые силы и средства

Режимы функционирования службы экстренной медицинской помощи в ЧС:
- повседневной деятельности, повышенной готовности в чрезвычайной ситуации
- повышенной готовности, угрозы возникновения ЧС, ликвидация последствий ЧС
- защита населения от факторов ЧС, ликвидация последствий ЧС, повышенная готовность

Основные мероприятия, проводимые службой МК среди населения в экстремальной обстановки:
- оказание первой медицинской помощи и эвакуация в больницы, санитарно-гигиенический контроль очага поражения, проведение дегазации, дезинфекции, дератизации в очаге поражения
- своевременное оказание экстренной медицинской помощи и эвакуация пораженных, проведение санитарно-гигиенических мероприятий, профилактика массовых инфекционных заболеваний, а при их возникновении – локализация, ликвидация
- эвакуация пострадавшего населения, предупреждение возникновения распространения массовых инфекционных заболеваний, борьба с осложнениями при оказании медицинской помощи, ввод в очаг медицинских формирований

Основные способы защиты населения от ОМП:
- использование защитных сооружений для укрытия населения, рассредоточение и эвакуация населения, использование средств индивидуальной защиты, в т. ч. медицинских
- эвакуация населения из городов, оказание медицинской помощи и лечение, укрытие населения в убежищах
- рассредоточение населения из городов, укрытие населения в защитных сооружениях, использование средств индивидуальной защиты

Способы защиты пищевых продуктов от заражения, загрязнения при применении оружия массового поражения:
- герметизация складов и других хранилищ пищевых продуктов, автоклавирование, дезинфекция
- расфасовка пищевых продуктов в герметическую тару, строительство объектов пищевого надзора за городом, герметизация складов и других хранилищ пищевых продуктов

- рассредоточение пищевых продуктов и строительство объектов пищевого надзора за городом, кипячение

Средства обеззараживания воды в очагах массового поражения:

- гиперхлорирование (с последующим дехлорированием), кипячение, фильтрация, отстаивание, применение перекиси водорода, пергидроля, пантоцида
- хлорирование, фильтрация, применение перекиси водорода, пергидроля, пантоцида
- хлорирование, кипячение, фильтрация, применение перекиси водорода, пергидроля, пантоцида

Назовите категории продуктов, крайне опасных при бесконтрольном потреблении на территории следа радиоактивного облака:

- все пищевое сырье и продукты, загрязненные радионуклеидами
- мясо и молоко животных, выпасаемых на загрязненных пастбищах
- продукты только растительного происхождения

Наиболее эффективный способ защиты от внешнего гамма-излучения радиоактивных выпадений:

- укрытие в защитных сооружениях
- своевременная эвакуация
- медикаментозная профилактика лучевых поражений

Особенности бактериологического (биологического) оружия:

- а) может поражать на огромных площадях, продолжительность воздействия с формированием длительно существующих очагов, наличие инкубационного периода, ничтожно малая доза заражения населения, трудность диагностики и лечения, трудность индикации, высокая летальность у пораженных, аэрозольное заражение (проникает в негерметичные помещения), возможность длительного хранения, дешевый способ производства
- б) длительность воздействия, способность передаваться от человека к человеку, применение возбудителя в микробной рецептуре, наличие инкубационного периода, тяжелая клиника, трудность диагностики и лечения, проникает в негерметичные помещения, значительное психологическое воздействие, возможность длительного хранения
- в) нестойко во внешней среде, поражает небольшое количество людей, большая доза заражения, без микробного возбудителя и инкубационного периода

Основное средство общей экстренной профилактики в эпидемиологическом очаге:

- рифампицин 0,6 *1 в течение пяти дней
- доксициклин 0,2*1 в течение 5 дней
- сульфатон 1,.4*2 в течение 5 дней

Обязанности населения в очаге бактериологического поражения:

- сообщать о появлении инфекционных больных, применять средства экстренной профилактики, соблюдать правила личной гигиены и получать продукты
- носить индивидуальные средства защиты органов дыхания, применять средства экстренной и специфической профилактики, пройти санитарную обработку, провести обеззараживание кварти- ры, соблюдать установленный порядок обеспечения продуктами, извещать об инфекционных больных в квартире, соблюдать порядок выезда и въезда, выполнять правила личной гигиены
- вести себя как обычно

Определение понятия «Этап медицинской эвакуации»:

- время проведения эвакуации пораженного населения из очага в больницы загородной зоны (от первого до последнего транспорта, независимо от его вида)
- время нахождения пораженного населения в период его эвакуации из очага в больницу загородной зоны на транспортных средствах
- силы и средства здравоохранения, развернутые на путях эвакуации, обеспечивающие прием пораженных, их сортировку, оказание медицинской помощи и лечение, подготовку пораженных к эвакуации

Основные требования, предъявляемые к оказанию помощи в двухэтапной системе лечебно- эвакуационного обеспечения пораженных:

- последовательность в выполнении всех видов медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации
- своевременность оказания первой медицинской помощи, первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи
- преемственность в последовательно проводимых лечебно-профилактических мероприятиях и своевременность их выполнения

Дайте определение медицинской сортировки:

- распределение пораженных на однородные группы по характеру поражения
- выделение пораженных, нуждающихся в неотложной медицинской помощи
- метод распределения пораженных на группы нуждающихся и проведение однородных лечебно- профилактических и эвакуационных мероприятий

Виды медицинской сортировки на первом этапе медицинской эвакуации:

- опасные для окружающих, ходячие, носилочные, нуждающиеся в неотложной медицинской помощи
- внутрипунктовая сортировка, эвакотранспортная сортировка, прогностическая сортировка
- внутрипунктовая сортировка, эвакотранспортная сортировка

Профилактика раневой инфекции на этапах медицинской эвакуации:

- асептические повязки, антибиотики на месте поражения, ПХО ран в ОПМ, эвакуация в ББ
- транспортная иммобилизация, асептические повязки на раны, обезболивание, ПХО ран
- наложение асептической повязки на месте поражения, надежная транспортная иммобилизация, ранняя антибиотикотерапия, новокаиновые блокады, активная иммунизация, исчерпывающая ПХО ран, восполнение кровопотери

Объем первой медицинской помощи в очаге катастрофы с динамическими (механическими) факторами поражения:

- временная остановка кровотечения, искусственное дыхание, закрытие ран повязками, иммобилизация конечностей табельными и подручными средствами
- временная остановка наружного кровотечения, устранение асфиксии, искусственное дыхание, непрямой массаж сердца, введение обезболивающих средств, наложение асептических повязок, транспортная иммобилизация
- простейшие противошоковые мероприятия, временная остановка кровотечения, эвакуация

Методы временной остановки наружного кровотечения на месте поражения:

- наложение асептической повязки, пальцевое прижатие кровоточащего сосуда, давящая повязка, наложение жгута
- давящая повязка, наложение жгута, наложение зажима на кровоточащий сосуд, форсированное сгибание конечности
- наложение кровоостанавливающего жгута, давящая повязка, тугая тампонада раны, форсированное сгибание конечности с последующей фиксацией, пальцевое прижатие кровоточащего сосуда

Эвакуация населения при чрезвычайных ситуациях осуществляется по

- показателям общего состояния пострадавших
- эвакуационно-сортировочным признакам
- возрастным показателям
- наличию транспортных средств

Основным принципом в оказании медицинской помощи в очаге чрезвычайной ситуации является

- преемственность
- непрерывность
- своевременность и полнота первой медицинской помощи
- последовательность

Основными способами защиты населения от оружия массового поражения являются

- использование защитных сооружений для укрытия населения, рассредоточение и эвакуация населения, использование средств индивидуальной защиты, в том числе медицинской

- эвакуация из городов
- оповещение населения об угрозе нападения использование противогазов
- использование средств индивидуальной защиты и медицинских средств профилактики

Основной задачей службы медицины катастроф в чрезвычайных ситуациях является:

- проведение спасательных и других неотложных работ в очаге бедствия
- розыск пострадавших, оказание им первой медицинской помощи, вынос за границы очага
- оказание первой врачебной помощи пострадавшим, поддержание функций жизненно важных органов в зоне катастрофы и в период эвакуации в стационар
- руководство группировкой сил, осуществляющих спасательные работы в очаге бедствия

Сжатие грудной клетки при непрямом массаже сердца у взрослых производится с частотой

- 40-60 в мин
- 60-80 в мин
- 80-100 в мин
- 100-120 в мин

Необходимыми условиями при проведении искусственной вентиляции легких являются:

- устранение западения языка
- применение воздуховода
- достаточный объем вдуваемого воздуха г
- валик под лопатками больного

Признаками эффективности проводимой реанимации являются:

- пульсация на сонной артерии во время массажа сердца
- движения грудной клетки во время ИВЛ
- уменьшение цианоза
- сужение зрачков
- расширение зрачков

Эффективная реанимация продолжается:

- 5 мин
- 15 мин
- 30 мин
- до 1 ч
- до восстановления жизнедеятельности

Неэффективная реанимация продолжается:

- 5 мин
- 15 мин
- 30 мин

– до 1 ч
– до восстановления жизнедеятельности

Выдвижение нижней челюсти:
– устраняет западание языка
– предупреждает аспирацию содержимого ротоглотки
– восстанавливает проходимость дыхательных путей на уровне гортани и трахеи

Введение воздуховода:
– устраняет западение языка
– предупреждает аспирацию содержимого ротоглотки в) восстанавливает проходимость дыхательных путей

При электротравмах оказание помощи должно начинаться:
– с непрямого массажа сердца
– с искусственной вентиляции легких
– с прекардиального удара
– с прекращения воздействия электрического тока

Принципы оказания медицинской помощи в ЧС:
– быстрота и достаточность;
– преемственность и последовательность проводимых лечебно-эвакуационных мероприятий, своевременность их выполнения;
– доступность, возможность оказания медицинской помощи на этапах эвакуации;
– проведение медицинской сортировки, изоляции и эвакуации;
– определение потребности и установление порядка оказания медицинской помощи, осуществление контроля за массовым приемом, сортировкой и оказанием медицинской помощи.

Что из перечисленного входит в содержание обучения в качестве элементов?
– алгоритмы;
– знания;
– дидактическая концепция;
– регулятивные нормы.

Какой дидактический компонент разрабатывается в ответ на вопрос «Для чего учить?»
– методы обучения;
– формы обучения;
– содержание обучения;
– цели обучения.

На каком этапе репродуктивного варианта процесса обучения осуществляется удержание в памяти основного из понятого?
– понимание;
– овладение;

– репродукция;
– усвоение.

Какой принцип обучения требует учитывать реальный уровень развития и подготовленности обучающихся?

– принцип доступности и посильности;
– принцип научности;
– принцип сознательности и активности;
– принцип наглядности.

Тактика педагогической работы с «оппонирующими» слушателями:

– выждать;
– придержать;
– поощрить;
– ограничить;
– выслушать.

Эффективность речи оценивается по

– стилю высказывания;
– степени достижения цели;
– использованию тропов и фигур речи;
– степени эмоциональности говорящего;
– длительности речи.

Риторический канон представляет собой

– пять этапов подготовки речи;
– требование речевой грамотности;
– нормы оценки речи;
– ораторское искусство;
– средства украшения речи.

Специфика общения лектора со слушателями при дистанционном обучении определяется прежде всего:

– количеством слушателей;
– возможностью пользоваться дополнительной литературой во время просмотралекции;
– отсутствием непосредственного контакта лектора с аудиторией;
– количеством слайдов в презентации;
– количеством цветов в презентации.

Нарушения норм речи обычно приводят к:

– одобрению слушателей;
– восхищению слушателей;
– коммуникативной неудаче;
– желанию повторить сказанное;
– признанию речи образцовой.

Кто такой «стандартизованный пациент»?

– пациент среднего возраста;

– случайно выбранный пациент;
– специально обученный актёр;
– доброволец из обучающихся.

Что такое «письменные симуляции»

– письменное изложение симуляций пациента;
– клинические ситуационные задачи;
– симптомы, изложенные рукописно;
– симуляции, полученные по электронной почте.

К какому уровню реалистичности относится внешний вид человека?

– тактильный;
– автоматизированный;
– визуальный;
– реактивный.

Синоним понятию «ролевые игры» — это:

– актёрская игра (в качестве стандартизованного пациента);
– вербальные игры;
– компьютерные технологии;
– электронные манекены.

Симуляционные технологии предназначены для:

– полного избавления от проблем в медицинском образовании;
– абсолютной замене дополнительной подготовки студентов к реальной клинической практике;
– обеспечения безопасности для пациентов;
– полной замены исследовательской работы через моделирование; любого патологического процесса.

Развитие и самореализацию человека на протяжении всей жизни в процессе усвоения и воспроизводства культуры общества называют:

– Воспитанием;
– Цивилизацией;
– Социализацией;
– Активностью.

К микрофакторам социализации относятся:

– семья, соседство, группы сверстников;
– страна, этнос, общество, государство;
– регион, село, город, поселок;
– космос, планета, мир, интернет.

Варианты неправильных ответов в тестах называют

– кейсами;
– дистракторами;
– индикаторами;
– конструктами.

Какие виды тестовых заданий относится к тестам закрытого типа?

- альтернативных ответов, множественного выбора;
- дополнения, уточнения, исключения;
- свободного изложения;
- на соответствие.

Минимальные требования к тестовым заданиям заключаются в наличии:

- инструкции для испытуемого, текста задания, правильного ответа;
- инструкции для испытуемого, текста задания, правильного ответа, неправильного ответа;
- текста задания, правильного ответа, неправильного ответа.

Какой тип тестирования требует обязательного присутствия специалиста контролируемой предметной области?

- тест на восстановление последовательности;
- тест на восстановление соответствия;
- тест открытого типа (свободное изложение);
- тест множественного выбора с несколькими правильными ответами.

В каких отношениях находятся внутренние и внешние мотивы?

- в отношениях комплементарности;
- в отношениях компенсации;
- во взаимоисключающих отношениях;
- как первичное и вторичное;
- как причина и следствие.

Что происходит с внутренней мотивацией субъекта при материальном вознаграждении за выполняемую им интересную для него работу:

- внутренняя мотивация будет усиливаться;
- внутренняя мотивация будет ослабевать;
- внутренняя мотивация инвертируется;
- внутренняя мотивация не изменится.

Основными симптомами в гинекологии являются:

- боли
- бели
- кровотечения
- диспареуния
- бесплодие
- все перечисленное.

Первая менструация (менархе) наступает в возрасте:

- 8-10 лет
- 11-13 лет
- 14-16 лет
- 16-18 лет.

Нормальная кровопотеря во время менструации составляет:

– 10-20 мл.
– 25-50 мл.
– 75-100 мл.
– 125-150 мл.

Укажите продолжительность нормальной менструации:
– 1-2 суток
– 3-6 суток
– больше 6 суток.

Обязательными методами исследования в гинекологии являются, кроме:
– взятие мазков на степень чистоты
– осмотр шейки матки с помощью зеркал
– осмотр молочных желез и наружных половых органов
– двуручное влагалищно-абдоминальное исследование.

В передней доле гипофиза вырабатываются гормоны, кроме:
– ФСГ
– ЛГ
– люлиберин
– пролактин.

Укажите преимущественно какие гормоны вырабатываются клетками желтого тела:
– ФСГ
– ЛГ
– пролактин
– эстрадиол
– эстрон
– прогестерон
– тестостерон.

Перечислите органы-мишени женских половых гормонов:
– волосяные фолликулы
– жировая ткань
– эндометрий матки
– ткань молочных желез
– эпителий влагалища
– костная ткань
– все перечисленное.

При 28-дневном менструальном цикле овуляция происходит на:
– 6-8 сутки
– 8-10 сутки
– 10-12 сутки
– 12-16 сутки
– 16-18 сутки
– 18-20 сутки.

Овуляция связана со всеми перечисленными процессами, кроме:
- редукционного деления яйцеклетки
- угнетения секреции ФСГ
- выброса ЛГ
  синтеза простагландина.

Укажите, какие изменения происходят в эндометрии под воздействием эстрогенов:
- десквамация
- пролиферация
- секреция.

Укажите, какие изменения происходят в эндометрии под воздействием прогестерона:
- пролиферация
- секреция
- десквамация.

На регуляцию менструального цикла оказывают влияние:
- опиоидные пептиды
- простагландины
- фоллиберин
- люлиберин
- пролактостатин
- все перечисленное.

Высокий уровень эстрадиола приводит к:
- повышению выработки ЛГ
- повышению выработки ФСГ
- стимуляции выработки андрогенов
- ничему из перечисленного.

Лютеиновая фаза овариально-менструального цикла характеризуется:
- различной продолжительностью
- ростом и развитием фолликулов яичника
- секрецией эстрогенов
- низкой базальной температурой тела
- секрецией прогестерона.

Полость матки выстилается:
- цилиндрическим эпителием
- кубическим эпителием
- железистым эпителием
- мерцательным эпителием.

Нормальная среда влагалища поддерживается всеми перечисленными факторами, кроме:
- pH = 4,5
- палочек Дедерлейна

– эстрогенов
– кишечной палочки
– молочной кислоты.

Какие из тестов функциональной диагностики свидетельствуют о полноценной I I-фазе цикла:

– симптом «зрачка»
– симптом папоротника
– симптом натяжения шеечной слизи
– кольпоцитологическое исследование
– измерение базальной температуры.

Укажите значение КПИ в дни овуляции:

– 25-30 %
– 10-25 %
– 60-70 %
– 70-100 %.

Зондирование матки производится:

– без местного обезболивания
– под местным обезболиванием
– под наркозом
– после предварительного расширения расширителями Гегара.

Мазки на степень чистоты влагалища берутся:

– из преддверия влагалища
– из средней трети влагалища
– из заднебоковых сводов
– после спринцевания.

Пункция брюшной полости через задний свод влагалища проводится:

– без обезболивания
– под обезболиванием
– без фиксации шейки матки пулевыми щипцами
– в зеркалах Куско
– все перечисленное.

Концентрация какого из перечисленных веществ отражает содержание андрогенов в крови?

– свободный тестостерон
– андростендион
– общий тестостерон
– ДГАЭС
– 17-гидроксипрогестерон.

Синтез какого гормона возрастает в 1000 раз при беременности?

– эстрадиол
– прогестерон
– кортизол

– эстриол
– тироксин.

В правила личной гигиены в дни менструации входит, кроме:
– спринцевание влагалища
– прекращение половых сношений
– избегание физических нагрузок
– использование ватно-марлевых прокладок.

Зрелость фолликула можно определить :
– по уровню ФСГ в крови.
– по уровню прогестерона в крови.
– при УЗ-исследовании.
– по величине базальной температуры.

Шеечный индекс:
– позволяет диагностировать момент овуляции.
– оценивается по 3-х балльной системе.
– определятся в ходе кольпоцитологического исследования.
– учитывает форму влагалищной части шейки матки.
– позволяет оценить уровень эстрогенной насыщенности.

Кольпоцитологическое исследование:
– предусматривает взятие мазков из верхнебокового свода влагалища.
– используется для определения шеечного индекса.
– позволяет определить фазу менструального цикла.
– проводится для оценки степени чистоты влагалища.
– может осуществляться с помощью кольпоскопа.

Цель диагностического выскабливания:
– удаление источника инфекции, профилактика токсико-аллергического шока.
– излечение гнойного воспаления с последующим диагностическим выскабливанием.
– удаление матки - источника инфекции.
– удаление остатков плодного яйца с последующей консервативной терапией.

Миома матки чаще всего развивается на фоне:
– гипоэстрогении.
– гиперэстрогении.
– гиперандрогении.
– нормоэстрогении.
– гиперпролактинемии.

Выберите возбудителей неспецифической этиологии:
– стафилококки
– гарднереллы
– кандиды

– диплококк Нейссера
– хламидии.

Клеточный атипизм – это
– появление клеток, принадлежащих к определенным тканям в нехарактерных для них местах
– быстрое размножение клеток
– появление структурных изменений в клетках, их отличие от обычных клеток конкретных тканей
– врастание опухолевых клеток в соседние с опухолью ткани

Спадение легкого при его сдавливании называется
– ателектаз
– коллапс
– пневмония
– гидроторакс

Мутации какого гена этиологичны для синдрома Ли-Фраумени:
– BRCA 1
– BRCA 2
– p 53
– CHEK 2

Определение показателя общей заболеваемости населения (распространенности)
– совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и в предыдущие годы, но по поводу которых были обращения в данном году
– совокупность заболеваний в предшествующие годы
– совокупность заболеваний в течение всей жизни
– совокупность заболеваний в определенный промежуток времени

Направление на освидетельствование в МСЭ готовит:
– медицинская организация (поликлиника, стационар)
– профильный диспансер
– органы образования

Наиболее высока заболеваемость туберкулезом
– среди лиц без определенного места жительства
– служащих
– мигрантов, в т.ч. беженцев
– врачей

Каковы принципы действия профилактических прививок:
– создание или повышение специфического иммунитета
– специфическая десенсибилизация
– повышение общей резистентности организма

Чрезвычайные ситуации - это:

– внезапные нарушения обычных параметров окружающей среды
– неблагоприятное влияние внешних факторов на здоровье населения

Выберите наиболее точное определение понятия «ответственность»

– определенный уровень негативных последствий для человека в случае нарушения им установленных требований
– сознательная интеллектуальная и физическая готовность человека к реализации или воздержанию от действий, которые могут потребоваться вследствие выполнения или, наоборот, невыполнения им некоторых других действий
– осознанное принятие решений человеком

Из эктодермы не развиваются:

– покровный эпидермис;
– потовые железы;
– сальные железы;
– волосы;
– волосяные мышцы.

Из мезодермы не происходят:

– коллаген;
– подкожная жировая клетчатка;
– эластические волокна;
– ногти;
– сосуды кожи.

Какая функция не свойственна коже?

– всасывание;
– выделение;
– терморегуляция;
– образование токсинов;
– орган чувств.

Какие клетки не определяются в эпидермисе?

– базальные;
– шиповатые;
– «светлые» клетки Массона;
– дендритические клетки;
– миоэпителиальные

Акантоз не свойствен:

– красному плоскому лишаю;
– нейродермиту;
– псориазу;
– склеродермии
– экземе

Фолликулярный гиперкератоз не характерен для:

– рубцующегося эритематоза;

– волосяного лишая;
– красного отрубевидного лишая Девержи;
– авитаминоза;
– кератодермии.

Диффузный гиперкератоз не характерен для:
– ихтиоза;
– кератодермий;
– омозолелости;
– герпетиформного дерматита;
– псориаза

При каком заболевании не наблюдается дискератоз?
– болезни Боуэна;
– болезни Педжета;
– болезни Дарье;
– старческом кератозе;
– болезни Фордайса

Паракератоз не наблюдается при:
– ихтиозе
– псориазе;
– хронической экземе;
– розовом лишае
– псориазе

В дерме отсутствуют волокна:
– коллагеновые;
– аргирофильные;
– эластические
– гиалиновые нервные

Укажите, в какой ситуации представлен истинный полиморфизм:
– папула, эрозия, трещина, паракератоз, язва;
– эритема, бугорок, язва, чешуйка, корочка;
– пятно, акантоз, гиперкератоз, экскориация, трещины;
– телеангиэктазия, розеола, вегетации, язвы, рубцы;
– пузырь, акантолизис, эрозия, корки, инфильтрация.

Функции гиподермы
– энергетический резервуар;
– защита от внешней среды;
– секреторная;
– влагоудерживающая;
– функции не имеет

Какие медиаторы в коже не являются важнейшими?
– ацетилхолин;
– адреналин;

– гистамин;
– аденозинтрифосфат;
– серотонин

От какого пигмента не зависит нормальный цвет кожи?

– меланина;
– меланоида;
– билирубина;
– каротина;
– оксигемоглобина

Дерма является тканью

– эктодермального происхождения;
– мезодермального происхождения;
– неромезодермального происхождения;
– нейрогенного происхождения;
– энтодермического происхождения

Функция клеток Лангерганса:

– синтез пигмента;
– захват антигенов путем эндоцитоза;
– механорецепторная функция;
– эндокринная функция

В сетчатом слое дермы преобладает

– коллаген 1 и 3 типа;
– коллаген 2 типа;
– коллаген 4 типа;
– коллаген 5 и 2 типа;
– коллаген 3 типа

Кровоснабжение кожи осуществляется

– глубоким и субпапиллярным сосудистым сплетением;
– поверхностным сосудистым сплетением;
– глубоким, субпапиллярным, дермальным и поверхностным сосудистым сплетением;
– эпидермальным и глубоким, субпапиллярным, дермальным сосудистым сплетением;
– эпидермальным сосудистым сплетением

Функция телец Пачини

– защитная;
– иммунная функция;
– восприятие легкого прикосновения и среднечастотной вибрации;
– восприятие высокочастотной вибрации;
– восприятие растяжения кожи

Функция телец Руффини

– восприятие легкого прикосновения и среднечастотной вибрации;

– восприятие высокочастотной вибрации;
– иммунная;
– восприятие растяжения кожи;
– синтез меланина

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Сбор анамнеза, составление плана обследования
2. Диагностика клинически проявлений кожных заболеваний;
3. Составление плана необходимого обследования и лечения дерматологического больного;
4. Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов исследования;
5. Методика проведения деструктивными методами (электро-, лазерная-, радиоволновая коагуляция, криодеструкция);
6. Методика анестезии кожи;
7. Методика клинического обследования микологического больного;
8. Методика инструментального исследования покровных тканей человеческого организма (кожа, придатки кожи, подкожная жировая клетчатка и поверхностные мышцы);
9. Методика пальпации, граттажа; диаскопии; определения дермографизма; воспроизведения феномена П.В. Никольского; псориатических феноменов; пробы Ядассона; оценки гиперкератотических чешуек на наличие феномена «дамского каблучка»;
10. Методика взятия патологического материла от больных;
11. Методика люминесцентного обследования с помощью лампы Вуда;
12. Методика выполнения йодной пробы;
13. Методика воспроизведения симптома Унны.
14. Методика забора патологического материла от больного с инфекционными и паразитарными болезнями кожи
15. Ведение медицинской документации.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Основные положения Порядка оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология».
2. Понятие «качество медицинской услуги»
3. Информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи.
4. Основные критерии качества оказания медицинской услуги
5. Гражданско-правовая ответственность врачей. Права и обязанности врача-дерматовенеролога
6. Особенности оформления истории болезни при оказании медицинской помощи по профилю «дерматовенерология».

7. Нормативные документы, регулирующие оказание медицинской помощи.
8. Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи (в амбулаторных условиях) больным дерматозами.
9. Критерии качества, применяемые при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях
10. Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи (в амбулаторных условиях) больным инфекциями, передаваемыми половым путём, и урогенитальными инфекциями
11. Анатомия кожи.
12. Общая характеристика кожи - цвет, эластичность, тургор, рисунок, влажность, жирность и пр. Строение эпидермиса, дермы, подкожной жировой клетчатки.
13. Кровеносные и лимфатические сосуды, нервно-рецепторный аппарат кожи.
14. Волосы, волосяной фолликул, потовые железы, сальные железы, ногти - строение, функции.
15. Физиология и биохимия кожи.
16. Связь кожи с другими органами и системами. Участие кожи в водном, минеральном, белковом, углеводном, витаминном, ферментном и жировом обменах.
17. Образование в коже биологически активных соединений.
18. Основные функции кожи – защитная, терморегуляционная, выделительная, резорбционная, дыхательная.
19. Кожа – орган чувств.
20. Основные патологические процессы в коже.
21. Воспаление в коже. Общая часть: морфологические типы воспалительного процесса в коже при различных дерматозах. Акантолиз, акантоз, вакуольная дегенерация, гиперкератоз, папилломатоз, паракератоз, спонгиоз, баллонирующая дегенерация.
22. Дисхромии.
23. Атрофии.
24. Опухолевый процесс.
25. Семиотика кожных болезней.
26. Морфологические элементы кожных сыпей – первичные и вторичные, их характеристика и значение для постановки диагноза и изучения динамики заболевания, гистопатология.
27. Изменения волос
28. Изменения ногтей.
29. Нарушение пото- и салоотделения.
30. Методика обследования дерматологического больного.
31. Вопросы деонтологии в дерматологии.
32. Общие принципы терапии кожных болезней. Общие принципы наружной терапии.

33. Физиотерапия в дерматологии.
34. Принципы выбора физических методов лечения с учетом стадии заболевания, формы, характера течения, а также возраста больного, наличия сопутствующих заболеваний. Противопоказания: абсолютные, относительные.
35. Роль дерматовенерологических учреждений в организации лечебной и профилактической помощи больным, страдающим кожными заболеваниями, микозами, ИППП.
36. Дерматиты и токсидермии. Определение. Причины развития. Клиническая картина. Лечение. Профилактика. Лучевые поражения кожи. Медикаментозные дерматиты и токсикодермии. Патомимия. Лечение, профилактика.
37. Профессиональные болезни кожи. Определение. Профессиональные приметы. Значение профессиональных факторов и реактивности организма в развитии профдерматозов. Клинические формы. Диагностическое значение кожных проб. Лечение. Диспансеризация и трудоустройство больных. Профилактика.
38. Влияние различных профессиональных факторов на течение кожных болезней.
39. Аллерго-нейродерматозы. Этиология. Патогенез. Роль наследственности и внешних факторов. Основные нозологические формы.
40. Атопический дерматит. Почесуха. Экзема. Кожный зуд. Крапивница. Их клиническая и гистопатологическая характеристика. Методы клинической и лабораторной диагностики. Лечение. Профилактика.
41. Псориаз.Этиология и патогенез. Клинические формы и стадии развития. Диагностические феномены, их гистологическое объяснение. Принципы общего и наружного лечения в различные стадии болезни. Профилактика рецидивов.
42. Пустулезный псориаз. Герпетиформное импетиго Гебры. Стойкий гнойный акродерматит Галлопо.
43. Парапсориаз. Этиология, патогенез. Клинические формы. Гистопатология. Лечение. Прогноз.
44. Вульгарные угри. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.
45. Розовые угри. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
46. Периоральный дерматит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
47. Красный плоский лишай. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
48. Красный отрубевидный волосяной лишай. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
49. Розовый лишай. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
50. Пузырные дерматозы. Истинная пузырчатка. Этиология. Патогенез.

Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюорисцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.

51. Хронический семейный доброкачественный пемфигус. Пемфигус глаз. Пемфмгоид. Этиология. Патогенез. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюорисцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
52. Герпетиформный дерматит Дюринга. Этиология. Патогенез. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюорисцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
53. Эритемы.Многоформная экссудативная эритема. Синдром Стивенса-Джонсона. Синдром Лайелла. Этиология. Патогенез. Лечение. Профилактика.
54. Центробежная кольцевидная эритема Дарье. Хроническая мигрирующая эритема Афцелиуса-Липшутца. Кольцевидная ревматическая эритема. Этиология. Патогенез. Лечение. Профилактика.
55. Симметричный эритроцианоз кожи. Ознобление. Эритема возвышающаяся длительно протекающая. Эритема дисхромическая стойкая. Этиология. Патогенез. Лечение. Профилактика.
56. Дисхромии кожи. Витилиго. Этиология и патогенез. Клинические формы (меланодермия, витилиго). Папиллярно-пигментная дистрофия кожи (акантозис нигриканс). Лечение. Профилактика. Прогноз.
57. Системные заболевания соединительной ткани. Красная волчанка.
58. Ограниченная склеродермия. Склередема Бушке.
59. Дерматомиозит. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Гистопатология. Лечение и прогноз.
60. Доброкачественные и злокачественные опухоли кожи, предраковые заболевания кожи, невусы.
61. Классификация доброкачественных опухолей кожи. Понятие о предраковых заболеваниях кожи, паранеоплазиях. Клинические формы. Принципы лечения. Профилактика.
62. Злокачественные новообразования кожи: эпителиомы, меланомы. Классификация, патогенез, клиника, гистопатология, диагностика, лечение.
63. Злокачественные лимфомы кожи. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические формы. Гистопатология. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Современные методы лечения. Прогноз.
64. Саркома Капоши. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, гистопатология, лечение.
65. Васкулиты (ангииты) Некротический васкулит Шенлейн-Геноха, узловатый периартериит, узловатая эритема, злокачественный

папулез Дегоса.

66. Гемосидерозы кожи. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лечение и прогноз.
67. Атрофии кожи. Идиопатическая прогрессирующая атрофия кожи, пятнистая атрофия кожи, анетодермия, пойкилодермия. Крауроз половых органов. Эластическая псевдоксантома Дарье.
68. Обменные дерматозы. Амилоидоз, ксантоматоз, липоидный некробиоз, микседема кожи и др. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
69. Вирусные болезни кожи. Простой пузырьковый лишай, опоясывающий лишай, бородавки, остоконечные кондиломы, узелки доильщиц, контагиозный моллюск. Этиология. Провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика. Синдром Бехчета.
70. Пиодермии. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, гистопатология отдельных форм пиодермий.
71. Фолликулит. Сикоз стафилококковый. Фурункул. Фурункулез. Карбункул. Гидраденит.
72. Импетиго. Эктима. Хроническая глубокая язвенная и вегетирующая пиодермия. Рожа. Эризипилоид. Пиогенная гранулема. Лечение и профилактика пиодермий.
73. Туберкулез кожи. Возбудитель. Поражение кожи как одно из проявлений общей туберкулезной инфекции. Клинические формы туберкулеза кожи. Патогенез. Клиническая характеристика и гистопатология основных форм кожного туберкулеза. Диагностика. Принципы лечения. Профилактика. Организация борьбы с распространением туберкулеза в Российской Федерации.
74. Саркоидоз. Этиология, патогенез, клиника, гистопатология, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.
75. Лепра. Распространение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические разновидности. Диагностика. Лечение. Профилактика. Организация борьбы с лепрой в РФ.
76. Паразитарные заболевания кожи. Чесотка. Характеристика возбудителя. Условия заражения. Клинические проявления, осложнения. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.
77. Укусы клещей и других насекомых. Волосатик. Цистицеркоз кожи.
78. Кожный лейшманиоз (болезнь Боровского), кожно-слизистый лейшманиоз. Возбудитель. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
79. Анатомо – физиологические особенности кожи новорожденных и детей раннего возраста..
80. Особенности клинического течения дерматозов в детском возрасте. Принципы наружной терапии дерматозов у детей.

81. Пиодермии у детей. Этиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения и профилактики.
82. Атопический дерматит. Этиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения и профилактики.
83. Детская экзема. Этиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения и профилактики.
84. Строфулюс. Этио логия, классификация, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения и профилактики.
85. Пигментная крапивница. Этиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения и профилактики.
86. Ихтиоз. Этиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
87. Буллёзный эпидермолоиз. Этиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
88. Гистиоцитоз Х. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
89. Нейрофиброматоз. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
90. Энтеропатический акродерматит. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
91. Невоспалительные вирусные дерматозы: вирусные бородавки, контагиозный моллюск. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения и профилактики.
92. Микозы гладкой кожи у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения и профилактики.
93. Микозы волосистой части головы у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения и профилактики.
94. Возбудители. Пути заражения. Морфология и физиология патогенных грибов. Клиническая классификация микозов.
95. Кератомикозы. Разноцветный лишай, пьедра (этиология, клиника, диагногстика, лечение).
96. Паховая эпидермофития. Этиология, эпидемиология, клиника, лечение.
97. Микозы стоп и кистей. Этиология. Эпидемиология микозов стоп (распространенность среди различных профессиональных групп, факторы риска развития микоза). Клиника, дифференциальная диагностика. Патогенетическая терапия. Профилактика (организационные мероприятия, дезинфектанты, диспансеризация).
98. Онихомикоз. Распространенность, этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Лечение.
99. Микроспория. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
100. Поверхностная трихофития. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.

101. Зооанторопонозная трихофития. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
102. Фавус; черепитчатый микоз. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение
103. Плесневые поражения ногтей и кожи. Этиология. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
104. Кандидоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая классификация, клиника поверхностных форм.
105. Хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз. Кандидоз внутренних органов (патогенез, клиника). Диагностика кандидоза (микроскопическая, культуральная, серологическая, гистологическая, эксперимент на животных). Лечение кандидоза. Системные антимикотики, Противогрибковые препараты для наружного применения.
106. Поверхностные псевдомикозы. Эритразма. Подмышечный трихонокардиоз. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
107. Аспергиллёз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
108. Споротрихоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
109. Хромомикоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
110. Мицетомы. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
111. Кокцидиоидоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
112. Гистоплазмоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
113. Актиномикоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
114. Сифилитическая инфекция. Эпидемиология. Патогенез. Микробиологическая характеристика возбудителя.
115. Сифилитическая инфекция. Пути распространения и передачи сифилитической инфекции. Виды профилактических мероприятий.
116. Сифилитическая инфекция. Общее течение сифилитической инфекции. Классификация.
117. Клиника первичного периода сифилиса. Классификация твердого шанкра, осложненные и атипичные формы твердого шанкра. Диагностика, дифференциальная диагностика.
118. Клиника вторичного периода сифилиса. Диагностика, дифференциальная диагностика.
119. Клиника третичного периода сифилиса. Диагностика, дифференциальная диагностика. Основные подходы к лечению приобретенного сифилиса.

120. Врожденный сифилис. Классификация. Диагностика, общие принципы лечения.
121. Врожденный сифилис - особенности течения на современном этапе.
122. Фармакотерапия сифилиса и принципы ведения у беременных женщин.
123. Клинико-серологический контроль после окончания лечения. Проблематика серорезистентности и вопросы дополнительного лечения. Оценка эффективности лечения.
124. ВИЧ инфекция. Возбудитель – ВИЧ (Лентивирусы («медленные» вирусы). Семейство ретровирусы (Retroviridae)). Стадии ВИЧ-инфекции. Пути передачи. Факторы, определяющие распространение ВИЧ-инфекции, группы риска.
125. Патогенез ВИЧ-инфекции. ВИЧ инфекция в России. Оппортунистические инфекции, ассоциированные со СПИДом. Передача ВИЧ от матери к ребенку. Социально-биологические и экономические последствия распространения ВИЧ-инфекции.
126. Дерматологические аспекты ВИЧ инфекции. Лечение ВИЧ инфекции. Государственная программа «Анти-ВИЧ/СПИД».
127. Урогенитальные инфекции у детей: пути инфицирования, клиника, диагностика, лечение.
128. Осложнения ИППП и их влияние на репродуктивное здоровье.
129. Классификация, эпидемиология, заболеваемость ИППП. Социальные аспекты и статистические данные ИППП. Факторы, влияющие на заболеваемость ИППП
130. Дерматовенерологическая семиотика венерологического больного, описание диагностических симптомов, феноменов и признаков ИППП.
131. Гонококковая инфекция. Эпидемиология, этиология (морфология и биология гонококка жизнеспособность гонококка в зависимости от влияния различных факторов, изменчивость гонококка). Патогенез, классификация, патогенез, клинические проявления.
132. Гонококковая инфекция. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение.
133. Клинические признаки и особенности течения гонореи у детей. Современные методы лечения и профилактика.
134. Урогенитальный хламидиоз. Классификация, этиология, патогенез. Урогенитальный хламидиоз у женщин, у мужчин и детей.
135. Болезнь Рейтера как проявление урогенитального хламидиоза. Клиника, лабораторная диагностика и лечение.
136. Урогенитальный трихомониаз. Эпидемиология, классификация, этиология патогенез. Клинические признаки и симптомы у мужчин, женщин и детей. Диагноз и рекомендуемые клинические

исследования в лабораторной практике.

137. Дифференциальный диагностика урогенитального трихомониаза. Общие принципы лечения и оценка его эффективности.
138. Урогенитальный кандидоз. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
139. Генитальные микоплазмы и их роль в развитии воспалительных процессов мочеполовой системы.
140. Роль различных видов микоплазмы и уреаплазмы в развитии воспалительных заболеваний мочеполовой системы.
141. Особенности микробиоценоза влагалища здоровой женщины в различные периоды ее жизни. Нормоценоз влагалища.
142. Бактериальный вагиноз. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
143. Вирусные инфекции в этиологии заболеваний гениталий. Аногенитальная герпетическая инфекция. Классификация, патогенез, клинические признаки и симптомы.
144. Роль различных факторов гуморального, клеточного иммунитета и аутоиммунных компонентов при генитальном герпесе. Современные методы исследования, иммуносупрессивная терапия, показания и методы ее проведения.
145. Папилломавирусная инфекция аногенитальной области. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
146. Состояние заболеваемости ИППП (сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидиоз, аногенитальный герпес, аногенитальные бородавки) в Российской Федерации, группы риска. Динамика. Особенности по регионам.
147. Основные принципы борьбы с ИППП в стране. Государственная система борьбы с распространением этих болезней.
148. Диспансерный метод – как основной метод профилактики ИППП. История формирования государственной системы борьбы с венерическими заболеваниями и ИППП в РФ.
149. Планирование мероприятий по борьбе с распространением ИППП и заразными кожными заболеваниями. Статистический учет и отчетность в дерматовенерологии. Государственная статистика.
150. Законодательство в борьбе с ИППП. Организация борьбы с инфекционными кожными заболеваниями (чесоткой, микозами). Динамика заболеваемости микозами и чесоткой. Эпидемиология. Знакомство с приказами
151. Диспансерный метод в дерматовенерологии. Факторы риска заболеваемости дерматозами.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1

Пациент 50 лет обратился к стоматологу с жалобами на периодически возникающие пузыри и на наличие болезненных высыпаний на слизистой полости рта. При осмотре на слизистой щек, нижней губы отмечаются эрозии с блестящей влажной поверхностью, окаймленные обрывками эпителия. Стоматолог поставил диагноз «афты» и назначил полоскание слизистой рта антисептическими растворами. В дальнейшем состояние пациента ухудшилось: появились новые болезненные высыпания на слизистой ротовой полости и на коже туловища.

Задания:

1. Определите правильность профессиональных действий врача-стоматолога.
2. Укажите лабораторные методы диагностики, устанавливающие диагноз?
3. Где, в дальнейшем, пациент должен получать специализированную помощь?

Ситуационная задача 2

На прием к дерматологу обратилась женщина с подростком 17 лет с жалобами на появление светло - коричневых пятен на коже спины, плечах, груди, а также на коже шеи и лице, характеризующихся муковидным шелушением, усиливающимся при поскабливании. Проведенная йодная проба Бальцера дала положительный результат.

1. Каков диагноз?
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какое лечение необходимо назначить?

Ситуационная задача 3

В стационар поступил больной 25 лет с жалобами на высыпания на руках, ногах, туловище. Болен 5 лет. Заболевание обостряется осенью и весной. Последнее обострение возникло месяц назад после психоэмоциональной нагрузки. На коже волосистой части головы, туловища, разгибательных поверхностях рук, ног милиарные, лентикулярные, монетовидные папулы розово-красного цвета. На папулах чешуйки располагаются в центре, по их периферии виден красный ободок. На коленях и локтях бляшки. На месте эритемы от УФО свежие точечные узелковые высыпания.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план обследования/анализ результатов обследования.
3. Назовите причины, условия и механизмы развития заболевания.
4. Назначьте лечение (неотложные мероприятия, медикаментозное, операции и манипуляции).

5. Необходимость и состав реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения.
6. Дайте рекомендации пациенту по профилактике осложнений/рецидивов заболевания.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 4

На амбулаторный прием обратилась больная 18 лет, которая жаловалась на покраснение всего кожного покрова. Болеет с 3-х лет. Обострение заболевания ежегодно, преимущественно осенью и весной. Обострение возникло 4 дня назад. Без назначения врача больная смазала кожу10%-ной серно-дегтярной мазью, после чего покраснела кожа лица, туловища, шеи, конечностей. Родители болеют этой же болезнью. При осмотре у больной весь кожный покров ярко-красного цвета с отеком и инфильтрацией кожи лица, шеи, туловища. На разгибательных поверхностях конечностей лентикулярные папулы и бляшки, покрытые серебристо-белыми чешуйками. При поскабливании папулы получены феномены стеаринового пятна, терминальной пленки, точечного кровотечения.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план обследования/анализ результатов обследования.
3. Назовите причины, условия и механизмы развития заболевания.
4. Назначьте лечение (неотложные мероприятия, медикаментозное, операции и манипуляции). Необходимость и состав реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения.
5. Дайте рекомендации пациенту по профилактике осложнений/рецидивов заболевания.
6. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 5

В конце октября к дерматологу обратился больной 16 лет с жалобами на зуд кожи и распространенные высыпания. Школьник. Болеет с 6 лет. Заболевание обостряется весной, осенью, проходит летом. Кожный процесс распространенный с преимущественной локализацией на разгибательных поверхностях конечностей, в/ч головы, животе, спине. В этих местах обильная яркая папулезная сыпь красного цвета, сочная, слившаяся, покрытая чешуекоркорками, серозными корками. В области голеней папулы с мокнутием и отечностью. Поражены паховые, подмышечные, межъягодичные складки. Здесь видны экссудативные бляшки с резкими границами красного цвета, незначительным шелушением.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план обследования/анализ результатов обследования.
3. Назовите причины, условия и механизмы развития заболевания.

4. Назначьте лечение (неотложные мероприятия, медикаментозное, операции и манипуляции).
5. Необходимость и состав реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения.
6. Дайте рекомендации пациенту по профилактике осложнений/рецидивов заболевания.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 6

Мужчина 35 лет обратился с жалобами на сильный зуд, высыпания на коже. Заболел 10 дней назад после психической травмы. В семье жена и 2 сыновей здоровы. Живет в благоустроенной квартире, насекомых нет. Больной нервничает, легко возбудим, нарушен сон. Зуд беспокоит днем и ночью. На коже внутренних поверхностей предплечий, бедер, в области лучезапястных суставов, пояснице, разгибательной поверхности голеней имеются плоские полигональные лентикулярные папулы синюшно-фиолетового цвета с блестящей поверхностью, с пупкообразным вдавлением в центре, сеткой Уикхема. На слизистой щек серовато-опаловые папулы в виде сетки.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план обследования/анализ результатов обследования.
3. Назовите причины, условия и механизмы развития заболевания.
4. Назначьте лечение (неотложные мероприятия, медикаментозное, операции и манипуляции).
5. Необходимость и состав реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения.
6. Дайте рекомендации пациенту по профилактике осложнений/рецидивов заболевания.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 7

На амбулаторный прием обратилась больная 16 лет с жалобами на зуд и перхоть волосистой части головы. Болеет 1,5 года. Заболевание обостряется весной и осенью. Последнее обострение возникло неделю назад. При осмотре: у больной на в/ч головы и лице кожа слегка гиперемирована, блестящая, жирная, с отрубевидным шелушением. На коже лица отмечается повышенное выделение кожного сала, единичные камедоны. Волосы сальные, слипаются.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план обследования/анализ результатов обследования.
3. Назовите причины, условия и механизмы развития заболевания.
4. Назначьте лечение (неотложные мероприятия, медикаментозное, операции и манипуляции).
5. Необходимость и состав реабилитационных мероприятий и санаторно-

курортного лечения.
6. Дайте рекомендации пациенту по профилактике осложнений/рецидивов заболевания.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 8

К дерматологу обратилась больная 14 лет с жалобами на высыпания в области лица. Болеет в течение 6 месяцев. Не лечилась. На коже лица узелковые высыпания розового цвета величиной до мелкой горошины и единичные пустулы. Кожа лица жирная, волосы сальные, слипаются.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план обследования/анализ результатов обследования.
3. Назовите причины, условия и механизмы развития заболевания.
4. Назначьте лечение (неотложные мероприятия, медикаментозное, операции и манипуляции).
5. Необходимость и состав реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения.
6. Дайте рекомендации пациенту по профилактике осложнений/рецидивов заболевания.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 9

В стационар поступил больной 18 лет с жалобами на высыпания в области лица, груди, спины. Болеет 3 года. Заболевание обостряется весной и осенью. Последнее обострение возникло месяц назад. Не лечился. В области лица, груди, спины кожа утолщена, имеет вид пористой, видны многочисленные камедоны, поверхностные папуло-пустулезные высыпания и отдельные узловатые, конглобатные элементы и рубцы. Кожное сало густой консистенции.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план обследования/анализ результатов обследования.
3. Назовите причины, условия и механизмы развития заболевания.
4. Назначьте лечение (неотложные мероприятия, медикаментозное, операции и манипуляции).
5. Необходимость и состав реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения.
6. Дайте рекомендации пациенту по профилактике осложнений/рецидивов заболевания.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 10

Больная, 20 лет, две недели назад обожгла область предплечья кипятком.

Лечилась у хирурга. Неделю назад вокруг ожоговой поверхности появилось воспаление кожи, а затем процесс распространился на туловище. При поступлении в стационар беспокоил сильный зуд. Общее состояние удовлетворительное. Объективно: в области правого предплечья очаг с резкими границами, округлой формы, кожа в очаге гиперемирована, отечна, на этом фоне мелкие пузырьки, гнойнички, эрозии, выделяющие капельками серозный экссудат, часть эрозий покрыта гнойными корками. По периферии рассеяны остеофолликулиты и единичные фликтены. На туловище разбросаны множественные монетовидные очаги овальной формы, с четкими границами, кожа в них гиперемирована, покрыта серозно-гнойными влажными корками.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план обследования/анализ результатов обследования.
3. Назовите причины, условия и механизмы развития заболевания.
4. Назначьте лечение (неотложные мероприятия, медикаментозное, операции и манипуляции).
5. Необходимость и состав реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения.
6. Дайте рекомендации пациенту по профилактике осложнений/рецидивов заболевания.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 11

Больная в течение года работает врачом-стоматологом. Лечилась амбулаторно. Под влиянием лечения воспалительный процесс стихает, но полностью не разрешается, остается уплотнение кожи, синюшная окраска. Неделю назад наступило резкое обострение процесса, усилился зуд, и больную направили на стационарное лечение. При осмотре: кожа кистей, предплечий синюшно-красного цвета, уплотнена, на тыле кистей окраска более яркая, незначительный отек. На этом фоне имеются микровезикулы, микроэрозии и обильное капельное мокнутие.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план обследования/анализ результатов обследования.
3. Назовите причины, условия и механизмы развития заболевания.
4. Назначьте лечение (неотложные мероприятия, медикаментозное, операции и манипуляции).
5. Необходимость и состав реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения.
6. Дайте рекомендации пациенту по профилактике осложнений/рецидивов заболевания.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 12

Больная 30-ти лет работает кассиром. Заболела остро 3 дня назад после стирки белья со стиральным порошком. Беспокоит жжение кожи и зуд. Легко возбудима, плаксива, плохо спит. При осмотре: в области кистей и предплечий имеются очаги эритемы без четких границ, кожа отечна. На этом фоне имеются микровезикулы, мелкие точечные эрозии, обильное капельное мокнутие.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план обследования/анализ результатов обследования.
3. Назовите причины, условия и механизмы развития заболевания.
4. Назначьте лечение (неотложные мероприятия, медикаментозное, операции и манипуляции).
5. Необходимость и состав реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения.
6. Дайте рекомендации пациенту по профилактике осложнений/рецидивов заболевания.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 13

Обратилась больная 15 лет с жалобами на распространенный зуд кожи. Школьница. Больна 3 года. Заболевание обостряется преимущественно в холодное время года. Летом чувствует себя хорошо. Выяснилось, что в раннем детстве болела экземой. Имеется аллергическая непереносимость яиц и цитрусовых. Поражение кожи распространенное, симметричное. Кожа шеи, локтевых сгибов, лучезапястных суставов, тыла кистей, подколенных ямок покрасневшая с массой белых блестящих узелков. В центре очагов кожа уплотнена, с усиленным кожным рисунком, собирается в утолщенную складку. На поверхности очагов кожа слегка шелушится, а главное – покрыта массой глубоких расчесов, частью инфицированных. В очагах по ходу естественных складок имеются болезненные трещины. Кожа красной каймы губ бледная из-за утолщенного эпидермиса, сухая, с массой мелких трещин и слегка утолщена за счет инфильтрации. Ногти рук блестят, как бы отполированные, свободный край их сточен. Дермографизм стойкий, белый. Больная легко возбудима, плохо спит из-за зуда.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план обследования/анализ результатов обследования. Назовите причины, условия и механизмы развития заболевания.
3. Назначьте лечение (неотложные мероприятия, медикаментозное, операции и манипуляции). Необходимость и состав реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения.
4. Дайте рекомендации пациенту по профилактике осложнений/рецидивов заболевания.
5. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 14

Больная 40 лет жалуется на зуд и высыпания на задней поверхности шеи. Больна 9 месяцев. На задней поверхности шеи, распространяясь на кожу затылка, имеется овальной формы с четкими границами очаг инфильтрированной кожи. На поверхности очага лихенификация, небольшое шелушение и кровянистые корочки от расчесов. Регионарные лимфоузлы увеличены до размеров фасоли, безболезненные. Во рту много кариозных зубов. Миндалины гипертрофированы с гнойными пробками.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план обследования/анализ результатов обследования.
3. Назовите причины, условия и механизмы развития заболевания.
4. Назначьте лечение (неотложные мероприятия, медикаментозное, операции и манипуляции).
5. Необходимость и состав реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения.
6. Дайте рекомендации пациенту по профилактике осложнений/рецидивов заболевания.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 14

Больной 22-х лет, студент. Проснулся утром с сильным зудом кожи. На коже туловища и конечностей обильная сыпь из волдырей. Веки левого глаза сильно отекли. Кожа век розовая. Глазная щель сужена. Температура 37,7 С. Дермографизм стойкий, красный.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план обследования/анализ результатов обследования.
3. Назовите причины, условия и механизмы развития заболевания.
4. Назначьте лечение (неотложные мероприятия, медикаментозное, операции и манипуляции).
5. Необходимость и состав реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения.
6. Дайте рекомендации пациенту по профилактике осложнений/рецидивов заболевания.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 15

Больная 40 лет жалуется на покраснение кожи лица. Болеет 8 месяцев. На носу, щеках имеется эритема с синюшным оттенком. На ее фоне телеангиэктазии, ярко-розовые папулы величиной до горошины.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план обследования/анализ результатов обследования.

3. Назовите причины, условия и механизмы развития заболевания.
4. Назначьте лечение (неотложные мероприятия, медикаментозное, операции и манипуляции).
5. Необходимость и состав реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения.
6. Дайте рекомендации пациенту по профилактике осложнений/рецидивов заболевания.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 16

К дерматологу направлен ребенок 6 лет с жалобами на появление очага обломанных волос на голове. Впервые мать заметила очаг около недели назад. Самостоятельно лечила ребенка настойкой чеснока без эффекта. При осмотре на волосистой части головы определяется очаг обломанных волос на уровне 6 мм, округлой формы, с четкими границами, кожа в очаге шелушится. Под люминесцентной лампой - зеленое свечение.

1. Задания:
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования/анализ результатов обследования.
4. Назовите причины, условия и механизмы развития заболевания.
5. Назначьте лечение (неотложные мероприятия, медикаментозное, операции и манипуляции).
6. Необходимость и состав реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения.
7. Дайте рекомендации пациенту по профилактике осложнений/рецидивов заболевания.
8. Составьте план диспансерного наблюдения.

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационнойзадачи.

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

4. ОПИСАНИЕ КРИТЕРИЕВ И ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется посхеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнениизаданий и (или) ситуационных задач, не способен продемонстрировать освоенные навыкии умения.

Обучающиеся, получивший оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения

практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

5. ПЕРЕЧЕНЬ РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Основная литература:

1. Бутов, Ю. С. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 896 с. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-5708-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457085.html
2. Покровский, В. В. ВИЧ-инфекция и СПИД. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. В. Покровского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-2891-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428917.html
3. Асхаков, М. С. Дерматовенерология. Разноуровневые задания для формирования клинического мышления : учебное пособие / М. С. Асхаков. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 160 с. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-5980-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459805.html

4. Дерматовенерология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-6093-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460931.html (дата обращения: 15.07.2024)

Дополнительная литература:

1. Чеботарев, В. В. Дерматовенерология : учебник / В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-5596-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455968.html
2. Родионов, А. Н. Клиническая дерматология. Иллюстрированное руководство для врачей / А. Н. Родионов, Д. В. Заславский, А. А. Сыдиков ; под ред. А. Н. Родионова. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 712 с. : ил. - 712 с. - ISBN 978-5-9704-6675-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466759.html
3. Иллюстрированное руководство по дерматологии. Для подготовки врачей к аккредитации / под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 376 с. - ISBN 978-5-9704-7375-7, DOI: 10.33029/9704-7375-7-DER-2023-1-376. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970473757.html
4. Родионов, А. Н. Клиническая дерматология. Иллюстрированное руководство для врачей / А. Н. Родионов, Д. В. Заславский, А. А. Сыдиков ; под ред. А. Н. Родионова. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 712 с. : ил. - 712 с. - ISBN 978-5-9704-6675-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466759.html

6. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

№ п/п	Наименование оборудованных учебных аудиторий	Перечень специализированной мебели, технических средств обучения
1	Учебная аудитория № 10 - помещение для симуляционного обучения	Специализированная мебель: Специализированная мебель для преподавателя Специализированная мебель для обучающихся Кушетка медицинская Оборудование: Дерматоскоп Лампа-лупа; Лампа Вуда Фантомы женской и мужской промежности Термометр Фонендоскоп Тонометр

		Технические средств обучения: Моноблок HP Подключение к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и ЭИОС Учебно-наглядные пособия Аудитория приспособлена для использования инвалидами и лицами с ОВЗ: обеспечена возможность беспрепятственного доступа в аудиторию, расположенную на первом этаже, размещены элементы комплексной информационной системы для ориентации и навигации инвалидов и лиц с ОВЗ в архитектурном пространстве
2	Учебная аудитория №7	Специализированная мебель: Специализированная мебель для преподавателя Специализированная мебель для обучающихся Технические средства обучения: Моноблок HP Подключение к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» Оборудование: Общевойсковой защитный комплект Общевойсковой противогаз Рентгенметр Ватно-марлевая повязка, бинты Жгут кровоостанавливающий Аптечка индивидуальная Огнетушители Манекен-тренажер аккредитационный ВОЛОДЯ, женский/мужской, для обучения навыкам СЛР с возможностью регистрации результатов и их распечатки (модификация №8) Тренажер-симулятор автоматического наружного дефибриллятора AND125 Учебно-наглядные пособия
3	Учебная аудитория № 3 (специализированная учебная аудитория для занятий с инвалидами и лицами с ОВЗ)	Специализированная мебель: Специализированная мебель для преподавателя Специализированная мебель для обучающихся Технические средства обучения: Моноблок HP Подключение к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» Оборудование: Манекен-тренажер аккредитационный ВОЛОДЯ, женский/мужской, для обучения навыкам СЛР с возможностью регистрации результатов и их распечатки (модификация №8) Тренажер-симулятор автоматического наружного дефибриллятора AND125 Аудитория приспособлена для использования инвалидами и лицами с ОВЗ: обеспечена возможность беспрепятственного доступа в аудиторию, расположенную на первом этаже,

		размещены элементы комплексной информационной системы для ориентации и навигации инвалидов и лиц с ОВЗ в архитектурном пространстве, оборудовано рабочее место для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата (на инвалидной коляске)
4	Учебная аудитория №1 - Помещение для самостоятельной работы	Специализированная мебель: Специализированная мебель для преподавателя Специализированная мебель для обучающихся Технические средства обучения: Автоматизированное рабочее место преподавателя: Моноблок HP Ноутбуки ACER, объединенные в локальную сеть, подключение к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и ЭИОС Мультимедиа проектор CACTUS Микрофонный комплект FIFINE Оборудование: Экран CACTUS, Флипчарт на треноге Помещение приспособлено для использования инвалидами и лицами с ОВЗ: обеспечена возможность беспрепятственного доступа в помещение, расположенное на первом этаже, размещены элементы комплексной информационной системы для ориентации и навигации инвалидов и лиц с ОВЗ в архитектурном пространстве