

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 31.08.2024
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»
Медицинский институт**

Факультет

Послевузовского профессионального образования

Кафедра

Инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по научной работе
и инновационному развитию

Т.А. Овсянникова

« 26 » 2024 года



**ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.32 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ
(ОРДИНАТУРА)**

Майкоп

Матрица и таблицы компетенций обучающихся, формируемые в результате освоения в соответствии с рабочими программами дисциплин при реализации ОПОП специальности 31.08.32 Дерматовенерология.

Компетенции выпускника ОПОП ВО по специальности 31.08.32 Дерматовенерология, формируемые в результате освоения данной программы.

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции.

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

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

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 за здоровыми и хроническими больными (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, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (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 и санаторно-курортном лечении (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).

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

На приеме у дерматолога больная 42 лет с жалобами на появление после нервного потрясения обильной сыпи, сопровождающейся зудом. Больна 10 дней. При осмотре: на туловище, передней поверхности голеней имеются многочисленные плоские папулезные высыпания полигональной формы, синюшно – красного цвета, с гладкой блестящей поверхностью, с пупковидным вдавлением в центре. Выставлен диагноз: красный плоский лишай.

Вопросы:

1. Дайте определение описанному элементу сыпи.
2. Какой основной гистопатологический процесс характерен для папул при этом заболевании?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

У больной 35 лет после сильного нервного переживания на тыле кистей появились участки покраснения и отека с последующим образованием на этом фоне мелких воспалительных папул, пузырьков, эрозий с обильным выделением серозной жидкости. Процесс сопровождался сильным зудом.

Вопросы:

1. Назовите субъективные и объективные симптомы болезни.
2. Назовите, что могло стать причинным фактором для возникновения дерматоза?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

В клинику поступил больной 19 лет с жалобами на зуд кожи и наличие высыпаний в области подколенных и локтевых сгибов. Болен с 6-месячного возраста. Обострение кожного процесса отмечается после употребления шоколада, апельсинов, на фоне простудных заболеваний, при интенсивных физических нагрузках, сопровождающихся повышенным потоотделением.

Объективно: кожа сухая, покрыта большим количеством чешуек, дермографизм белый стойкий. Имеется складка нижнего века (симптом Дени-Моргана), хейлит, проявляющийся застойной эритемой, инфильтрацией и шелушением красной каймы губ с наличием радиарных бороздок. На коже в области коленных и локтевых сгибов, тыла кистей, задней и боковых поверхностей шеи имеются очаги лихенификации с эскориациями, покрытыми геморрагическими корочками.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. План лечения?
3. Профилактика?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Больной Н., 62 лет, пенсионер, работает механизатором. Поступил в КВД с жалобами на поражение всего кожного покрова, чувство стягивания кожи, обильное шелушение, слабость, озноб,

Болен 2 недели. В анамнезе у больного псориаз в течение 10 лет с редкими обострениями и наличием дежурных бляшек на локтях и коленях. Кроме того, в анамнезе язвенная болезнь 12-п кишки 20-летней давности, вне обострения.

У больного в процессе работы был контакт со смазочными материалами и бензином, после чего появилась гиперемия кожи обоих предплечий. Дерматолог госпитализировал больного в ЦРБ, где кожу предплечий, со слов больного, смазывали 33% серной мазью, после чего покраснела вся кожа, и больной был направлен в КВД.

При поступлении состояние средней тяжести. Температура 37,8°. Поражение кожи носит универсальный характер: весь кожный покров ярко-красного цвета с бурым оттенком, напряжен. Кожа инфильтрирована, отечна, имеется крупно-пластинчатое шелушение, на ладонях и подошвах кожа резко гиперемирована, инфильтрирована, напряжена, ногти атрофичны, крошатся со свободного края. Периферические лимфоузлы увеличены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Его обоснование?
2. Лечение?
3. Прогноз?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

Больной В., 36 лет, поступил с жалобами на наличие высыпаний на волосистой части головы, туловище, конечностях, которые появились 10 ноября после переохлаждения. Болен 5 лет, но такие высыпания появились впервые. Аналогичным заболеванием страдает дядя.

Поражение носит распространенный характер. На волосистой части головы, груди, спине, ягодицах, разгибательных поверхностях конечностей имеются папулы ярко-красного цвета, размерами 0,2 x 0,2 до 0,7 x 0,7 см, местами сливающиеся в бляшки 2x3 и 3x4 см, по периферии элементов выражен венчик роста. На поверхности папул и бляшек – массивные чешуе-корки. Псориазическая триада вызывается. Феномен Кебнера положителен. Ногти кистей и стоп с наперстковидной истыканностью, грязно-серого цвета с подногтевым гиперкератозом.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Профилактика?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

Больной Б., 62 лет, пенсионер, работал строителем, заболел остро. Много лет страдает гипертонической болезнью. На месте укола 25% раствора сернокислой магнезии появились зудящие высыпания, постепенно сыпь распространилась по всему телу. Обратился к дерматологу по месту жительства. В связи с выраженностью зуда и подозрением на чесотку больной был обработан 20% раствором бензил-бензоата – без эффекта. Больной был направлен в КВД.

При поступлении: жалобы на сильный зуд. Больной правильного телосложения, резко повышенного питания – вес 103 кг при росте 178 см. Общее состояние удовлетворительное. Органы дыхания без патологии. Артериальное давление 180/90 мм рт. ст. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, живот вздут, болезненный по ходу толстой кишки. Дермографизм красный, стойкий. Эмоционально лабилен. ОАК и ОАМ в норме, сахар крови 8,0 ммоль/л, тимоловая проба 5 ед, остальные биохимические показатели крови в норме. КСР отрицателен. Состоит на учете у терапевта по поводу гипертонической болезни. Повышение сахара в крови выявлено впервые.

Поражение кожи носит распространенный характер. Поражена кожа туловища, конечностей, половых органов, где имеются папулы размерами 3х3, 4х4 мм, сливающиеся в бляшки на коже поясницы, ягодиц, передней поверхности голеней, сгибательных поверхностей предплечий. Папулы и бляшки темно-красного цвета с синюшным оттенком, некоторые элементы имеют пупкообразное вдавление в центре, характерный блеск при боковом освещении, на поверхности папул после смазывания растительным маслом – сетка Уикхема. Феномен Кебнера положителен: имеется высыпание папул на местах расчесов в области ягодиц и на местах инъекций. Шелушение в области высыпаний не выражено. Субъективно: сильный зуд, лишающий сна. На слизистой щек по линии смыкания зубов имеются эрозии, вокруг которых на гиперемизованном отечном основании располагаются в виде рисунка мелкие беловато-серые папулы. Эрозии полигональной формы и неправильных очертаний, покрыты фибринозным налетом, малоболезненны.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Лечение?
4. Прогноз?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

Больной В., 36 лет, поступил с жалобами на наличие высыпаний на волосистой части головы, туловище, конечностях, которые появились 10 ноября после переохлаждения. Болен 5 лет, но такие высыпания появились впервые. Аналогичным заболеванием страдает дядя.

Поражение носит распространенный характер. На волосистой части головы, груди, спине, ягодицах, разгибательных поверхностях конечностей имеются папулы ярко-красного цвета, размерами 0,2 х 0,2 до 0,7 х 0,7 см, местами сливающиеся в бляшки 2х3 и 3х4 см, по периферии элементов выражен венчик роста. На поверхности папул и бляшек – массивные чешуе-корки. Псориазическая триада вызывается. Феномен Кебнера положителен. Ногти кистей и стоп с наперстковидной истыканностью, грязно-серого цвета с подногтевым гиперкератозом.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Профилактика?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намиток

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8

Больной Д., 10 лет, поступил в стационар детской больницы с жалобами на общую слабость, головные боли, повышение температуры до 38⁰, распространенные высыпания по всему кожному покрову. С 7 лет наблюдается у дерматолога с диагнозом atopический дерматит с ежегодными обострениями в осенний период, по поводу последнего обострения получал антигистаминные средства, наружно - флуцинар. Через 4 дня после начала лечения наступило значительное ухудшение состояния. Возникли слабость, головная боль, повышение температуры и появилась сыпь сгруппированных пузырьков на фоне гиперемии кожи в области левого плеча, аксиллярной области, шеи.

Мальчик от первой беременности, первых родов. Наследственность у отца - аллергический ринит, у бабушки со стороны матери - бронхиальная астма. Последние 2 года наблюдается по поводу хронического бронхита с астматическим компонентом. В анамнезе - аллергические реакции на пенициллин и витамины группы В.

Объективные данные: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Аксиллярные лимфоузлы симметрично увеличены до 1 см в диаметре, безболезненны, носовое дыхание несколько затруднено, зев чистый, в легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет

На коже лица, шеи, локтевых сгибов, лучезапястных суставов и подколенных впадин имеются очаги эритемы с выраженной лихенификацией, участками папулезной инфильтрации. По всему кожному покрову имеются множественные экскориации, эрозии, геморрагические корочки. В области левого плеча, аксиллярной области, боковых поверхностей туловища, шеи имеются множественные рассеянные участки поражения размерами от 3 до 15 см в диаметре, состоящие из сгруппированных болезненных напряженных пузырьков, расположенных на отечном гиперемизированном фоне.

В периферической крови изменений нет, за исключением ускоренной СОЭ (35 мм/час), анализ мочи без изменений.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение?
3. Что послужило причиной возникновения генерализованной формы заболевания?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9

Военнослужащий 21 год получал триметоприм / сульфаметоксазол (ТМП/СМК) по поводу боли в горле. Через 2 суток после начала лечения появились красные блюдцеобразные высыпания на конечностях, далее начали появляться единичные везикулы, пузыри на губах и слизистой оболочке рта. Больной лечился ТМП/СМК 5 лет назад без побочных эффектов.

Физикальное обследование. На момент осмотра температура 39 С; пульс 120 /мин, ЧД 30/мин, АД 120/78 мм.рт.ст. Кожа: множество круглых красных пятен, напоминающих мишень. Центральная часть пятен цианотична, в центре некоторых элементов располагаются папулы и везикулы. Периферический ободок красного цвета. На губах – множественные везикулы и пузыри, на слизистой оболочке рта - эрозии, образовавшиеся при разрыве пузырей.

Дополнительные исследования: общий анализ крови, биохимические показатели функции печени и почек, обзорная рентгенография грудной клетки, общий анализ мочи - без патологии. Биопсия кожи: вакуолизация клеток базального слоя эпидермиса, фокусный некроз, некроз отдельных кератиноцитов, выраженный отек сосочкового слоя дермы, незначительная лимфогистиоцитарная инфильтрация дермы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение целесообразно назначить?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намиток

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

Больной В., 45 лет, сталевар, поступил в КВД с жалобами на появление высыпаний на туловище и конечностях, сопровождающиеся зудом. Заболевание ни с чем не связывает.

Наследственность не отягощена. Рос и развивался нормально. Трудовая деятельность с 22 лет. Женат. Имеет дочь. Из перенесенных заболеваний отмечает корь в детстве. Курит по 20 сигарет в день.

Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Физиологические отправления в норме.

Поражение кожи носит распространенный характер. На коже лица, боковых поверхностей туловища, на разгибательных поверхностях предплечий и задней поверхности бедер симметрично с обеих сторон располагаются сгруппированные пузырьки величиной от булавочной головки до чечевицы, наполненные серозным содержимым, с напряженными покрывками. Кроме того, имеются эрозии небольших размеров, серозно-геморрагические корочки, воспалительные пятна. Симптом Никольского отрицательный. Акантолитические клетки в мазках-отпечатках не обнаружены. Общий анализ крови и мочи в норме.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначите лечение больному.
3. Какие продукты следует исключить из пищи этому больному?
4. Каков прогноз заболевания?
5. Встречается ли данное заболевание у детей?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11

Больная Б., 20 лет, обратилась в РКВД с жалобами на неприятные ощущения типа легкого жжения, покалывания в области наружной поверхности правого бедра. Считает себя больной с июня, когда на месте сильного удара волейбольным мячом появилась сиреневая полоса размером до 2 см, постепенно увеличивающаяся. Не лечилась, к врачам не обращалась.

Общее состояние удовлетворительное. Анализы крови, мочи, содержание сахара, холестерина, билирубина в крови - в пределах нормы.

На наружной поверхности верхней трети правого бедра имеется белесоватый очаг размерами до 4 см, плотный, окруженный сиреневой полосой до 0,3 см шириной, постепенно переходящей в неизмененную кожу. Других высыпаний на коже и слизистых нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Прогноз?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокоев

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12

Больная Б., 80 лет, пенсионерка, обратилась в РКВД, с жалобами на появление участков уплотнения по всему кожному покрову, жжение, зуд, затруднения при движениях в плечевых, локтевых, голеностопных суставах. 2 года назад после травмы стало беспокоить чувство стягивания кожи, покалывания, преимущественно на боковых поверхностях туловища в поясничной области. Появились участки уплотнения на коже плеч, предплечий, груди, живота, бедер, голеней, ограничение объема движений в суставах.

Больная росла и развивалась нормально. Страдала частыми ангинами, перенесла воспаление легких, брюшной тиф. В настоящее время выявлена хроническая ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, артериальная гипертензия (II стадия), сахарный диабет (легкая степень). Замужем с 19 лет, 7 беременностей, 3 родов, 4 медицинских аборта. Менопауза с 55 лет. Общее состояние удовлетворительное. Рост 150 см., масса тела 68 кг. Периферические лимфатические узлы не увеличены, видимые слизистые бледно-розового цвета. Ограничен объем движений в плечевых, локтевых и голеностопных суставах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Кожные покровы бледные. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно. Кожа туловища, конечностей диффузно уплотнена, отмечаются множественные спаянные с подлежащими тканями уплотненные участки. В области плечевого пояса имеется атрофия кожи, мышц. Пальпация очагов поражения безболезненная. На участках уплотнения на плечах, груди, животе имеются полосы депигментации. Поражения внутренних органов не выявлено. ОАК и ОАМ, биохимия крови без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Прогноз?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокوف

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13

Больной И., 50 лет, поступил в кожное отделение РКВД с жалобами на поражение кожи лица, усиление гиперемии в очагах. Болен 2 года, заболел весной после работы на солнце (по профессии механизатор), когда на коже лица появились отечные пятна, долгое время не обращался к дерматологу, лечился самостоятельно различными мазями, отмечает ухудшение каждую весну, обратился к дерматологу по месту жительства, был направлен в стационар РКВД.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

Поражена кожа лица в области щек и спинки носа, где имеются очаги, по форме напоминающие бабочку, размерами 4х5 см и 2х5 см с четкими, неровными границами. В центре очагов имеются участки рубцевидной атрофии, по периферии - зона фолликулярного гиперкератоза и гиперемии застойно-синюшного цвета. На поверхности очагов имеются участки с наличием чешуек серого цвета, при поскабливании которых отмечается болезненность (симптом Бенъе-Мещерского). С внутренней стороны чешуек видны шипики (симптом «дамского каблука»). В центральной части очага кожа истончена, депигментирована, с множественными телеангиоэктазиями. Других высыпаний на коже и слизистых нет. LE-клетки в крови не обнаружены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте больному лечение.
3. Прогноз заболевания?
4. Каковы меры профилактики рецидивов?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокоев

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

Больная К., 62 лет, поступила в стационар РКВД с жалобами на наличие высыпаний на коже лица, общую слабость. Считает себя больной 4 мес. Заболевание началось с появления красноты на коже лица, повышения температуры, болей в суставах, вскоре выпали волосы на голове, наступило резкое похудание. По месту жительства лечилась антигистаминными препаратами, смазывала очаги поражения кортикостероидными мазями - без эффекта. Больная была направлена в РКВД с диагнозом экзема лица.

При поступлении: питание понижено, волосы в лобной и теменной области выпали, кожа лица гиперемирована, отечна, особенно в области лба и вокруг глаз, на этом фоне рассеяны в большом количестве плотно сидящие не коже белесоватые чешуйки.

В детстве перенесла брюшной тиф, пневмонию, оперирована по поводу фибромиомы матки. Сопутствующие заболевания; атеросклеротический кардиосклероз, ишемическая болезнь сердца, деформирующий артрозоартрит коленных суставов. ОАК : Нв 120 г/л, эр. $3,7 \times 10^{12}/л$, л. $6,9 \times 10^9/л$, э. 2%, с. 69%, лимф. 25%, мон. 5%.

СОЭ 45 мм/час. ОАМ в пределах нормы. В крови обнаружены в большом количестве LE- клетки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Прогноз?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

Больная Е., 31 год, обратилась в РКВД с жалобами на уплотнение, чувство стягивания кожи правого бедра, появление сиреневатого пятна на животе. Болеет полгода. Заметила сиреневато-красный очаг уплотнения на правом бедре. К врачу не обращалась. Очаг поражения постепенно увеличивался в размерах. За 2 недели до обращения в РКВД появилось сиреневато-розовое пятно на животе.

В детстве росла и развивалась нормально. Перенесла краснуху, часто болела ОРВИ.

Общее состояние удовлетворительное. При физикальном исследовании патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. На латеральной поверхности правого бедра имеется очаг уплотнения кожи диаметром около 10 см с четкими границами, розово-красного цвета, округлой формы, правильных очертаний. По периферии очага имеется ободок шириной 1,5 см, нечетких очертаний, сиреневого цвета, постепенно переходящий в неизмененную кожу. На коже нижней трети живота справа располагается очаг диаметром около 3 см, сиренево-красного цвета, постепенно переходящий в неизмененную кожу без нарушения плотности и эластичности.

В общем и биохимическом анализах крови, анализе мочи патологических изменений не обнаружено. При электрокардиографическом исследовании и рентгенологическом исследовании грудной клетки отклонений от нормы не выявлено.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Назначьте лечение больной.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

Больной А., 19 лет, студент. Поступил в микологическое отделение КВД с жалобами на наличие высыпаний на коже стоп и кистей. Болен 2 недели, месяц назад стал посещать бассейн, заметил появление трещин в межпальцевых складках стоп, пузырьков на сводах стоп, которые по совету родителей смазывал йодом, соком чистотела, наступило ухудшение, появились пузырьки на кистях. Обратился к дерматологу, был направлен на стационарное лечение.

При осмотре на коже межпальцевых складок стоп - гиперемия, мацерация, поверхностные трещины. На сводах обеих стоп кожа гиперемирована, имеется масса многокамерных пузырьков с плотной покрывкой и мутным содержимым. Некоторые пузырьки вскрылись с образованием мокнущих эрозий с серозным отделяемым. На боковых поверхностях пальцев кистей и ладонях - множество пузырьков с прозрачным содержимым. Ногтевые пластинки кистей и стоп не поражены. Субъективно: зуд кожи кистей и стоп, жжение и болезненность кожи межпальцевых складок и сводов стоп.

При микроскопировании соскобов с межпальцевых складок стоп и покрывок пузырей обнаружены нити мицелия. С кистей грибы не обнаружены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Назначьте лечение больному.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намиток

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17

Больной Ж. 34 года, поступил в КВД 26.10. с жалобами на наличие болезненной язвы на половом члене и болезненного уплотнения в правой паховой области, затрудняющую ходьбу. Заболел 7.10., когда на половом члене появилась язва величиной со спичечную головку и болезненные лимфоузлы с вишню в правой паховой области. Через неделю узлы спаялись в болезненные конгломераты, препятствующие ходьбе, через неделю больной обратился к врачу и был направлен в стационар.

Из анамнеза: женат, 31.09 во время отпуска имел половой контакт со случайной партнершей.

Из перенесенных заболеваний отмечает в детстве частые ангины, воспаление легких, фурункулез, тонзиллит. Страдает алкоголизмом.

При осмотре: правильного телосложения, повышенного питания, в области внутреннего листка крайней плоти справа имеется язвочка бледно-красного цвета, размером 0,3х0,3 см овальной формы, плотно-эластической консистенции, безболезненная при пальпации. Справа паховые лимфатические узлы увеличены до размеров лесного ореха, спаяны в конгломерат, с явлениями периаденита и воспаления кожи. При пальпации конгломерат малоподвижен, плотноэластической консистенции, безболезненный. В отделяемом твердого шанкра при микроскопии найдена бледная трепонема, КСР отрицателен. РИФ 4+, РПГА 4+. Через 5 дней КСР стал слабоположительным.

Анализ крови: эр. $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, НВ 150 г/л, л $7,6 \cdot 10^9$ /л, Э.6% п. 3%, с.43%, лимф 36 %, мон. 7%, СОЭ 15 мм/час.

Общий белок 67 г/л, белковые фракции: альбумин 40,1%, α_1 -глобулин 8,8%, α_2 -глобулины 14%, γ -глобулины 22,8%, сахар крови - 4 ммоль/л, ПТИ 109%.

Вопросы:

1. Диагноз и его обоснование?
2. В чем особенности клиники заболевания у данного больного?
3. Чем вы можете объяснить эти особенности?
4. Какое лечение следует назначить больному?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

Больная Л., 27 лет, в мае появились высыпания на нижней губе, которые она в течение 2 недель смазывала раствором бриллиантового зеленого. В связи с отсутствием улучшения обратилась к стоматологу, который назначил левомецетиновую мазь, после применения которой высыпания на губах исчезли, но вскоре появились высыпания на туловище. Больная обратилась в КВД, где серологические исследования на сифилис оказались резко положительными с титром 1 : 120.

При осмотре на нижней губе имеются две эрозии овальной формы, размером 1х1 см, покрытые кровянистыми корочками с плотным инфильтратом в основании. Подчелюстные лимфоузлы размером с фасоль, безболезненные, плотные на ощупь, не спаянные с окружающими тканями. На коже туловища обильная мелкопятнистая розеолезная сыпь. Остальные участки кожи и слизистых свободны от высыпаний, периферические лимфоузлы увеличены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз твердого шанкра такой локализации?
3. Тактика врача в отношении тесных бытовых контактов?
4. Какие лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19

Больной А., 24 лет, обратился в медпункт железнодорожного вокзала, где он работал, с жалобами на общее недомогание. При осмотре выявлена обильная пятнистая сыпь на туловище, бедрах, гиперемия зева, повышение температуры тела до 37,7°. С диагнозом кори больной был госпитализирован в инфекционную больницу, где в течение недели находился в одной палате с детьми и ухаживал за ними. После получения положительных результатов КСР консультирован дерматовенерологом.

При осмотре: на внутреннем листке крайней плоти имеется язва размером 1,5х1,5 см с четкими ровными границами, блюдцеобразной формы, с гладким «лакированным» дном, цвета испорченного сала. В основании язвы определяется инфильтрат плотноэластической консистенции, паховые лимфоузлы увеличены до размеров фасоли, плотноэластической консистенции, не спаяны друг с другом и окружающими тканями, безболезненные, кожа над ними не изменена. На туловище, коже плеч и бедер имеется овальная, округлая до 1 см в диаметре, не склонная к слиянию розеолезная сыпь. При надавливании пятна исчезают. Кожа лица, кистей и стоп свободна от высыпаний.

При осмотре полости рта: на дужках, мягком небе, языке и миндалинах слизистая отечна, застойно-красного цвета с четкими границами очага поражения. При глотании у больного ощущение неловкости.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование?
2. Какова должна быть тактика врача дерматовенеролога в отношении дальнейшего лечения больного?
3. Какие противоэпидемические мероприятия следует проводить в данном случае?
4. Причины диагностической ошибки, допущенной медработниками?
5. Какие могут быть результаты КСР у данного больного, предположительные сроки заражения?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокон

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20

На прием к врачу обратился больной М., 42 года с жалобами на общую слабость, потливость, повышение температуры, болезненность в области пахово-бедренных складок, особенно при ходьбе. Болен около двух лет. Неоднократно лечился антибиотиками с временным эффектом. Из эпиданамнеза: многочисленные внебрачные половые связи.

При осмотре: Кожные покровы бледные, с сероватым оттенком, ксеротичны. Все лимфатические узлы пальпируются, подвижные, плотные, безболезненные, от 0,5 до 2 см в диаметре.

На коже носа, обеих щек, лба имеется диффузный очаг поражения неправильных очертаний с четкими границами, синюшно-розового цвета с повышенной салынностью, покрытый жирными чешуйками. Аналогичные очаги округлых очертаний размерами 3-5 см имеются в области грудины.

На слизистой полости рта в области спинки языка, мягкого неба, щек и десен имеются эрозии, покрытые беловатым налетом, снимающимся при поскабливании. В соскобе - псевдомицелий и почкующиеся клетки.

В паховых складках с переходом на внутреннюю поверхность бедер имеются эрозии с вегетациями фестончатых очертаний, покрытые серозными и гнойными корками, дряблые фликтены, окаймленные инфильтрированным ободком розово-красного цвета, единичные фолликулиты. На внутреннем листке крайней плоти в зоне 12 часов имеется эрозивный дефект диаметром около 1,5 см, округлых очертаний с четкими границами и плотным инфильтратом в основании. При микробиологическом исследовании материала с эрозий рост кокковой и палочковой грамположительной флоры.

Серологические реакции на сифилис отрицательные (КСР, РИФ, РИБТ).

При иммуноферментном анализе обнаружены антитела к ВИЧ. В реакции иммунного блота найдены антитела ко всему спектру антигенов ВИЧ.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие проявления на коже и слизистых позволяют предположить этот диагноз?
3. Какова дальнейшая тактика ведения больного?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокон

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

«Майкопский государственный технологический университет»

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности

31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №1

1. Папула является первичным морфологическим элементом сыпи, представляет собой ограниченное возвышающееся уплотнение кожи, не имеющее полости.
2. Основной гистопатологический процесс, наблюдающийся в папулах красного плоского лишая – неравномерный гипергранулез.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намиток

A handwritten signature in blue ink, likely belonging to the official Х.А. Намиток.

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №2

1. К субъективным симптомам относят проявления болезни, которые ощущает больной, в данном случае – зуд.

К объективным – изменения, которые врач находит на коже, то есть морфологические элементы сыпи. В данном задании - воспалительные папулы, пузырьки, эрозии на фоне покраснения и отека кожи.

2. Причиной возникновения дерматоза могло быть сильное нервное переживание.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №3

1. Атопический дерматит, эритематозно-сквамозная с лихенизацией форма, стадия обострения.
2. Антигистаминные, десенсибилизирующие (натрия тиосульфат) препараты, энтеросорбенты внутрь (полифепан, полисорб). Местно элоком, элидел, бальзам для губ.
3. Диспансерный учет, исключение провоцирующих обострение факторов, применение увлажняющих средств на кожу (липикар бальзам, эмольтант экстрем, иктиан молочко для тела, топикрем и др.). Санаторно-курортное лечение в теплое время года.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №4

1. У больного псориазическая эритродермия. В анамнезе - псориаз, спровоцирована эритродермия контактом со смазочными материалами и нерациональной наружной терапией (33% серная мазь).
2. Лечение больного следует начать с больших доз кортикостероидов в инъекционной форме с учетом наличия язвенной болезни 12-п кишки в анамнезе (90 мг преднизолона в сутки и кеналог-40 1,0 в/м - 1 раз в неделю, препараты калия, бессолевая диета, инфузионная терапия (детоксикационная) - гемодез, реополиглюкин, физраствор) через день внутривенно капельно по 400,0. Возможно подключение цитостатиков - метотрексата по 0,0005г внутримышечно -7 дней под контролем ОАК, перерыв 5 дней, при необходимости цикл повторить. Гепатотропные препараты - эссенциале, лив-52, контроль сахара крови, ПТИ, артериального давления, ФГС для контроля состояния язвы. Наружно - ланолиновый крем с кортикостероидными мазями. Соскоб с языка на грибы рода кандиды.
3. Прогноз - для жизни благоприятный, но лечение будет длительным, возможна инвалидизация больного, развитие осложнений на фоне длительного приема больших доз кортикостероидов.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

«Майкопский государственный технологический университет»

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности

31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №5

1. У больного диссеминированный экссудативный псориаз, прогрессирующая стадия, осенне-зимняя форма.

2. Лечение: десенсибилизирующие, антигистаминные, мочегонные, препараты калия, гемодез 400,0 внутривенно 2 раза в неделю, затем присоединение иммуностимулирующих средств – пирогенал, аутогемотерапия, витаминотерапия. Наружно- 3% серная мазь. Физиолечение: элекросон в прогрессирующей стадии. Общее УФО в регрессивной стадии.

3. Диспансерное наблюдение у дерматолога, избегать переохлаждения и стрессов, противорецидивное лечение осенью (витаминотерапия, иммуностимуляторы, общее УФО).

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокوف

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №6

1. У больного: Распространенный красный плоский лишай с эрозивной формой поражения слизистой полости рта в сочетании с сахарным диабетом и гипертонической болезнью (Синдром Гриншпана).

2. У данного больного высыпания КПЛ следует дифференцировать с папулезным сифилидом. При сифилисе папулы имеют округлую форму, медно-красный цвет, шелушатся по периферии по типу воротничка Биетта, могут сопровождаться мокнутием, характерен полисклераденит и положительные КСР. Зуд не характерен. На слизистых сифилитические папулы крупные, округлой или овальной формы, поверхность их покрыта серовато-белым налетом, который снимается, на поверхности обнаруживаются бледные трепонемы, КСР положителен.

Высыпания на слизистой полости рта следует дифференцировать с лейкоплакией, при этом следует учитывать, что на слизистой щек имеется ороговение в виде сплошной бляшки серовато-белого цвета, нет рисунчатого характера поражения, очаг имеет форму треугольника, вершиной обращенной вглубь рта, очаг имеет вид серовато-белой, как бы наклепленной пленки, которая не снимается. При кандидозе слизистой рта образуются очаги с белесоватым творожистым налетом, плотноватой, легко снимающейся пленкой, в которой микроскопически обнаруживаются скопления почкующихся дрожжевых клеток и нитей псевдомицелия.

Эрозивную форму КПЛ следует дифференцировать с эрозиями при пузырчатке. Положительный симптом Никольского, наличие в мазках-отпечатках акантолитических клеток, а при КПЛ присутствие характерных папулезных элементов на слизистой полости рта и коже помогает в правильной диагностике.

Папулезные высыпания при псориазе - розово-красного цвета, сливаются в крупные бляшки, преимущественная локализация - на разгибательных поверхностях конечностей, покрыты серебристо-белыми чешуйками, положительна триада Ауспица, слизистые оболочки поражаются редко (у 2% больных).

3. У данного больного лечение следует начинать с обследования у эндокринолога, назначения противодиабетической диеты, и по рекомендации эндокринолога - одного из противодиабетических препаратов. Следует контролировать АД, применять гипотензивные средства. Проконсультировать больного у гастроэнтеролога, лечить патологию ЖКТ (фестал, метионин, липокаин, эссенциале) длительно.

Кортикостероиды данному больному противопоказаны (сахарный диабет, лишний вес). Показаны антигистаминные препараты, водорастворимый пенициллин (12 млн ЕД на курс). Физиотерапия противопоказана в связи с повышением АД. Наружно: кортикостероидные мази, взбалтываемые взвеси, 0,5% раствор ментола, на слизистую рта - желе солкосерила.

4. Данное заболевание имеет хронический характер и может продолжаться годами. У данного больного большое значение имеет лечение соматической патологии.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокوف

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №7

1. У больного диссеминированный экссудативный псориаз, прогрессирующая стадия, осенне-зимняя форма.
2. Лечение: десенсибилизирующие, антигистаминные, мочегонные, препараты калия, гемодез 400,0 внутривенно 2 раза в неделю, затем присоединение иммуностимулирующих средств – пирогенал, аутогемотерапия, витаминотерапия. Наружно- 3% серная мазь. Физиолечение: элекросон в прогрессирующей стадии. Общее УФО в регрессивной стадии.
3. Диспансерное наблюдение у дерматолога, избегать переохлаждения и стрессов, противорецидивное лечение осенью (витаминотерапия, иммуностимуляторы, общее УФО).

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокوف

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

«Майкопский государственный технологический университет»

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности

31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №8

1. У ребенка атопический дерматит, стадия обострения. Генерализованная отечная форма простого герпеса.
2. Лечение: отечественный противовирусный препарат алпизарин по 1 таблетке 3 раза в день - 14 дней, тавегил по 1/2 таблетке 2 раза в день, сернокислая магнезия по 1 десертной ложке 3 раза в день. Наружно: на герпетические очаги- 2% раствор метиленовой сини, 2% мазь алпизарин, на другие очаги 2% папавериновый крем. Возможно применение: ацикловира внутрь, эриуса (антигистаминное средство), 5% мази зовиракс наружно.
3. Генерализованная форма герпеса возникла у ребенка с атопическим дерматитом во время применения стероидной мази, у ребенка снижена иммунологическая резистентность на фоне этого заболевания и бронхита с астматическим компонентом.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокоев

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №9

1. Синдром Стивенса - Джонсона, вызванный приемом ТМП/СМК.

Синдром Стивенса – Джонсона характеризуется мишеневидными элементами, везикулами и пузырями. Характерно поражение слизистых оболочек. Возможна лихорадка. Часто наблюдают буллезную сыпь на губах и слизистой оболочке рта, как у нашего больного. Отслойка эпидермиса возникает на 10-20% поверхности тела (симптом Никольского положительный).

2. При синдроме Стивенса-Джонсона показана симптоматическая терапия. Проводят тщательную обработку пораженной кожи, инфузионную терапию, лечат инфекционные осложнения. Лечение лучше всего проводить в ожоговом отделении. Препарат, вызвавший заболевание, немедленно отменяют. Не следует назначать препараты той же группы. В обсуждаемом случае было поражено 20% площади поверхности тела, что послужило причиной госпитализации в ожоговое отделение. ТМП/СМК немедленно отменили. Активная инфузионная терапия и обработка пораженных участков кожи привели к выздоровлению с минимальным образованием рубцов.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокоев

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №10

1. У больного Герпетиформный дерматит Дюринга (полиморфизм высыпаний, сгруппированность элементов сыпи, отрицательный симптом Никольского, отсутствие аканалитических клеток в мазках-отпечатках со дна пузырей, зуд, хорошее общее состояние).

2. Больному следует назначить диуцифон по 0,1-0,2 г в день пятидневными циклами с однодневным перерывом. Кроме того- аскорбиновую кислоту, рутин, витамина группы В, антигистаминные препараты. При неэффективности препаратов сульфонового ряда возможно назначение кортикостероидов.

3. Больному Герпетиформным дерматитом Дюринга показана безглютеновая диета с исключением из пищи пшеницы, риса, овса, ржи, ячменя, проса и других злаков, ограничивается поваренная соль, исключаются продукты, содержащие йод (морская рыба, морская капуста и др.).

4. Прогноз при герпетиформном дерматозе Дюринга у большинства больных благоприятный, у детей имеется выраженная тенденция к излечению в юношеском возрасте.

5. Герпетиформный дерматит Дюринга может развиваться в любом возрасте, в том числе и в детском (описан случай заболевания в 6-месячном возрасте).

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №11

1. У больной бляшечная склеродермия.
2. При лечении бляшечной склеродермии применяется пенициллина натриевая соль по 500 000 ЕД х 4 раза в день на курс до 20 млн ЕД. Показаны вазоактивные средства (теоникол, компламин, никотиновая кислота, никошпан). Ферментные препараты - лидаза по 64 ЕД в/м (15-20 инъекций на курс), фоно- или электрофорез ронидазы, трипсина, ультрафонофорез купренила с гидрокортизоном, витамины группы А,Е, В, С. Наружно - димексид. Лечение курсами с перерывом 3 месяца - до 6-8 курсов.
3. Прогноз благоприятный для выздоровления, крайне редко наблюдается переход ограниченных форм склеродермии в системную.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокوف

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №12

1. У больной Системная склеродермия, диффузное поражение кожи, мышечно-суставной синдром, хроническое течение.

2. Д-пеницилламин (купренил) по 500 мг/сут - 6 месяцев под контролем анализов крови и мочи, амнохиноловые препараты - делагил 250 мг/сут в сочетании с нестероидными противовоспалительными (индометанин, ибупрофен). Лидаза по 64 ЕД/сут через день № 20, витамины группы А,Е,В,С. Электрофорез с гиалуронидазой, аппликации ДМСО.

3. Прогноз при хроническом, медленно прогрессирующем течении благоприятный. При развитии системной склеродермии в пожилом возрасте заболевание протекает не столь агрессивно.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокон

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №13

1. У больного дискоидная красная волчанка.
2. Лечение: Препараты аминохинолового ряда: делагил или резохин по 0,25 х 2 раза в день, циклами по 5 дней с 3-х дневными перерывами, или непрерывно по 0,25 х 2 раза в день 40 дней. Фотодесенсибилизирующим действием обладает никотиновая кислота и витамины группа В (В₂, В₅, В₆, В₁₅), оказывающие противовоспалительное действие. Витамины А, Е активируют обмен соединительнотканых компонентов дермы. Наружно – кортикостероидные мази.
3. Хроническая дискоидная форма рубцующегося эритематоза протекает доброкачественно с благоприятным прогнозом в отношении жизни, излечения и сохранения работоспособности.
4. Рациональное трудоустройство (работа, не связанная с пребыванием на солнце, ветру, морозе, у горячих печей). Применение защитных кремов, ношение защитных очков, широкополых шляп. Профилактический прием аминохиноловых препаратов и витаминов группы В, никотиновой кислоты весной.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

«Майкопский государственный технологический университет»

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности

31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №14

1. Диагноз: Системная красная волчанка, подострое течение.
2. Лечение: кортикостероиды - преднизолон а суточной дозе 50 мг, антибиотики - пенициллин по 500 000 ЕД 4 раза а в день, гемодез 400,0 внутривенно 2 раза в неделю, панангин 1т 3 раза в день, бессолевая диета, аскорбиновая кислота, вит В₁₅, снижение кортикостероидов после стабилизации процесса до поддерживающих доз. Наружно – кортикостероидные мази.
3. Прогноз при системной красной волчанке для жизни при адекватной терапии и диспансерном наблюдении – благоприятный, рекомендуется рациональное трудоустройство, своевременный выход на инвалидность.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокоев

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

«Майкопский государственный технологический университет»

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности

31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №15

1. У больной бляшечная склеродермия.
2. Бляшечную склеродермию дифференцируют с витилиго и недифференцированной формой лепры.
3. При лечении бляшечной склеродермии применяется пенициллина натриевая соль по 500 000 ЕД х 4 раза в день на курс до 20 млн ЕД. Показаны вазоактивные средства (теоникол, компламин, никотиновая кислота, никошпан). Ферментные препараты - лидаза по 64 ЕД в/м (15-20 инъекций на курс), фоно- или электрофорез ронидазы, трипсина, ультрафонофорез купренила с гидрокортизоном, витамины группы А,Е, В, С. Наружно - димексид. Лечение курсами с перерывом 3 месяца - до 6-8 курсов. Кроме того, с успехом применяется препарат, улучшающий микроциркуляцию - дипромоний, в начале курса парентерально - 0,05 г, растворяя в 2 мл воды для инъекций – 5 дней, затем внутрь в таблетках по 0,02 г 3 раза в день после еды – 35-40 дней.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №16

1. У больного А. - Микоз стоп, интертригинозная и дисгидротическая форма, осложненный аллергидами кистей.

2. При такой клинике микоз стоп следует дифференцировать с дисгидротической экземой, при которой воспалительные явления распространяются на боковые поверхности и тыл стоп, грибы с очагов не обнаруживаются.

От папулезного сифилида межпальцевых складок, при котором эрозии в межпальцевых складках имеют плотный инфильтрат в основании и первоначально не бывает пузырей на их поверхности, с эрозированных папул обнаруживаются бледные трепонемы, кровь при исследовании КСР - положительная, имеются другие проявления сифилиса на коже и слизистых.

Аллергиды на кистях следует дифференцировать от дисгидротической формой микоза стоп, при которой в покрывках пузырей обнаруживаются нити мицелия.

3. Лечение больного экссудативным микозом стоп проводится по принципам лечения экземы. Применяются антигистаминные препараты (тавегил, супрастин, диазолин, димедрол), десенсибилизирующие средства

(глюконат кальция), мочегонные. Наружно: примочки с 0,25% раствором серебра или 2% раствором танина, смазывание эрозий 2% водным раствором метиленового синего, для эпителизации эрозий применяется цинковая или норсульфазоловая пасты, возможно добавление к пасте стероидных кремов в небольших концентрациях в качестве этапной терапии для снятия воспалительных явлений (лоринден С, целестодерм В с гарамицином, дермазолон, микозолон). К противогрибковой терапии приступают с осторожностью после стихания воспалительных явлений и разрешения аллергических высыпаний. Больному рекомендуется диета с исключением экзотических фруктов, острой, соленой пищи.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намиток

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №17

1. У больного сифилис первичный серопозитивный (твердый шанкр, атипичный регионарный склераденит, РИФ 4+, РПГА 4+. КСР - слабо положительный.

2. Особенности данного случая: короткий инкубационный период (8 дней), атипичное течение регионарного лимфаденита, его возникновение одновременно с твердым шанкром.

3. Атипичное течение регионарного лимфаденита объясняется гиперергической реакцией организма на внедрение возбудителя (гипергаммаглобулинемия, эозинофилия), возможно обусловлено наличием очагов фокальной инфекции.

Короткий инкубационный период, очевидно, связан со снижением иммунной защиты, возможно, врожденного характера (частые ангины), усугубляемым алкоголизмом.

4. Лечение этого больного должно быть комплексным: кроме положенного курса пенициллина водорастворимого по 1 млн. Ед х 4 раза в сутки 10 дней, необходимо подключить гипосенсибилизирующую (антигистаминные, хлористый кальций 10% 10,0 внутривенно) и неспецифическую терапию (витамины, экстракт алоэ) и местное физиотерапевтическое лечение в виде процедур УВЧ на лимфоузлы в паховой области.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокоев

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №18

1. У больной вторичный сифилис кожи и слизистых (вторичный свежий) (шанкр нижней губы, регионарный лимфаденит, розеолезная сыпь, полисклераденит).
2. Следует проводить дифференциальную диагностику с импетигиозной, травматической, герпетической эрозиями и эпителиомой.
3. Следует проводить превентивное лечение тесным бытовым контактам - детям до 3-х лет - в обязательном порядке, детям более старшего возраста и взрослым - если имели место пользование одной посудой, помадой, зубной щеткой, докуривание сигареты и другие проявления низкой санитарной культуры.
4. Для подтверждения диагноза необходимо обнаружение бледной трепонемы из отделяемого шанкра или пунктата лимфоузлов, возможно подтверждение при помощи специфических серологических реакций РИФ, РПГА, ИФА.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокوف

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №19

1. У больного сифилис вторичный кожи и слизистых (вторичный свежий) (твердый шанкр, регионарный лимфаденит, обильная розеолезная сыпь).

2. Больного следует перевести в КВД на стационарное лечение по схеме вторичного сифилиса кожи и слизистых.

3. Следует расспросить больного о его половых и тесных бытовых контактах, обследовать их, выяснить источник заражения. Детям, находившимся в тесном бытовом контакте (в одной палате) с больным следует провести превентивное лечение (в инфекционном стационаре), после чего они должны пройти однократный клинико-серологический контроль через 3 месяца.

4. Причиной диагностической ошибки в этом случае явилась особенность клинических проявлений вторичного свежего сифилиса: появление розеолезной сыпи в сочетании с повышением температуры и симптомами общего недомогания.

По причине отсутствия настороженности в отношении венерического заболевания работников медпункта и врачей инфекционной больницы больному не было проведено полного осмотра кожных покровов, не был подробно собран анамнез заболевания, больной не был направлен на консультацию к дерматовенерологу. Инфекционисты не учли, что при кори сыпь обильная, крупная, яркая, сливающаяся, сначала появляется на лице, шее, туловище и конечностях, в том числе и на тыле кистей и стоп. Отсутствовали у больного пятна Филатова-Коплика на слизистой щек и губах.

5. Предположительные данные КСР А1 4+, А2 4+, МР 4+, титр 1:320. Сифилис вторичный свежий развивается через 2-3 месяца после заражения.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности
31.08.32 Дерматовенерология (1 этап)

ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №20

1. ВИЧ-инфекция в стадии вторичных заболеваний.
 2. Себорейный дерматит, кандидоз полости рта, вегетирующая и шанкриформная пиодермия, генерализованная лимфаденопатия.
 3. Лечение: этиотропная антивирусная терапия (азидотимидин, невирапин, индинавир), лечение суперинфекций (антибиотики, антимикотики).
- Диспансерное наблюдение больного в территориальном центре по профилактике СПИДа

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Тестовые задания к государственному экзамену
по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (2 этап)

ВАРИАНТ 1

Инструкция: из каждой группы вопросов выберите один правильный ответ.

1. **АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ (АД) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:**
А) наследственной предрасположенностью
Б) хроническим течением
В) поливалентной гиперчувствительностью
Г) зудом
Д) всем перечисленным
2. **ПРИ ПСОРИАЗЕ ВОЗМОЖНО ПОРАЖЕНИЕ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ**
А) кожи
Б) суставов
В) слизистых оболочек
Г) волос
Д) ногтей
3. **ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОГРАНИЧЕННОГО НЕЙРОДЕРМИТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:**
А) топические стероиды
Б) антигистаминные препараты
В) нафталановая мазь
Г) местные анестетики
Д) все перечисленное
4. **ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ, КРОМЕ:**
А) сгибательной поверхности предплечий
Б) передней поверхности голеней
В) области крестца
Г) слизистой щек
Д) кожи волосистой части головы
5. **РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФОРМЫ СКЛЕРОДЕРМИИ, КРОМЕ:**
А) дискоидной
Б) системной
В) линейной
Г) бляшечной
Д) болезни белых пятен

6. **РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ПСОРИАЗА, КРОМЕ:**
А) пустулезной
Б) артропатической
В) экссудативной
Г) псориатической эритродермии
Д) дискоидной
7. **ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:**
А) обнаружения LE-клеток в крови
Б) симптома Бенъе-Мещерского
В) симптома «дамского каблука»
Г) симптома Горчакова-Арди
Д) симптома Хачатуряна
8. **ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ПОЛОСТИ РТА:**
А) лихеноидная
Б) эрозивно-язвенная
В) сквамозная
Г) дисгидротическая
Д) скутулярная
9. **ЗАРАЖЕНИЕ ПЛОДА СИФИЛИСОМ ПРОИСХОДИТ:**
А) через плаценту от больной матери
Б) через сперматозоиды больного отца
В) при прохождении через родовые пути больной матери
Г) через хромосомный аппарат половых клеток родителей
Д) внутриутробно на 6-7 месяце беременности
10. **ДЛЯ СТАФИЛОКОККОВЫХ ПИОДЕРМИТОВ ХАРАКТЕРНО:**
А) связь с волосяными фолликулами
Б) связь с потовыми железами
В) появление фликтены
Г) наличия беловато-розовых шелушащихся пятен
Д) правильно а, б
11. **ФУРУНКУЛ – ЭТО:**
А) глубокая стрептококковая пустула
Б) фликтена
В) воспаление волосяного фолликула и окружающих тканей
Г) поверхностная пустула
Д) воспаление волосяного фолликула
12. **ГИДРАДЕНИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ:**
А) волосяного фолликула
Б) апокриновых потовых желез
В) волосяного фолликула и окружающих тканей
Г) устья волосяного фолликула
Д) трубчатых потовых желез
13. **СЕБОРЕЯ ЭТО:**

- А) гиперпродукция кожного сала с измененным химическим составом
 - Б) гиперпродукция кожного сала
 - В) уменьшение образования липидов сальными железами
 - Г) уменьшение образования керамидов рогового слоя и липидов кожного сала
 - Д) все перечисленное верно
- 14. К ГОРМОНАМ, СТИМУЛИРУЮЩИМ ВЫДЕЛЕНИЕ КОЖНОГО САЛА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:**
- А) гормонов коры надпочечников
 - Б) эстрогенов
 - В) андрогенов
 - Г) прогестерона
 - Д) АКТГ
- 15. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ГОНОРЕИ ГЛАЗ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:**
- А) отека век
 - Б) экзофтальма
 - В) светобоязни, гноетечения
 - Г) гиперемии конъюнктивы
 - Д) изъязвления роговицы
- 16. К ГОРМОНАМ, ПОДАВЛЯЮЩИМ САЛООТДЕЛЕНИЕ, ОТНОСЯТСЯ:**
- А) андрогены
 - Б) эстрогены
 - В) прогестерон
 - Г) гормонов коры надпочечников
- 17. ПРИ ЧЕСОТКЕ СЫПИ ЧАЩЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ:**
- А) в межпальцевых складках
 - Б) в области лучезапястных суставов
 - В) на волосистой части головы у взрослых
 - Г) на ладонях и подошвах у взрослых
 - Д) верно а, б
- 18. К ГРУППЕ ВИРУСОВ ГЕРПЕСА ОТНОСЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ВИРУСЫ, КРОМЕ:**
- А) ВПГ (вирус простого герпеса)
 - Б) вируса varicella-zoster
 - В) вируса Эпштейна-Барр
 - Г) папилломатозного вируса
 - Д) цитомегаловируса
- 19. КОНТАКТ ЧЕЛОВЕКА С ВПГ-1 ПРОИСХОДИТ:**
- А) к 18 годам
 - Б) к 18 месяцу
 - В) после полового созревания
 - Г) после 1 года жизни
 - Д) после 1 месяца жизни

20. **РЕЦИДИВАМ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ СПОСОБСТВУЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:**
А) переохлаждения
Б) перегревания
В) простудных заболеваний
Г) соблюдения режима труда и отдыха
Д) стрессовых ситуаций
21. **ИЗЛЮБЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ УЧАСТКИ, КРОМЕ:**
А) крыльев носа
Б) разгибательных поверхностей конечностей
В) углов рта
Г) красной каймы губ
Д) половых органов
22. **К ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СКЛЕРОДЕРМИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:**
А) стрессов
Б) охлаждения
В) нарушения липидного обмена
Г) острых и хронических инфекционных заболеваний
Д) инсоляции
23. **ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ СИФИЛИСЕ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ:**
А) 20-40 дней
Б) 3-5 дней
В) 3 месяца
Г) 1 день
Д) 6 месяцев
24. **ПЕРВИЧНАЯ СИФИЛОМА МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ:**
А) фимозом
Б) парафимозом
В) гангренизацией
Г) фagedенизмом
Д) все перечисленное верно
25. **ДЛЯ РЕИНФЕКЦИИ ГОНОРЕИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:**
А) клинического выздоровления после лечения
Б) отсутствие гонококков и нормализация количества лейкоцитов в мазках после лечения
В) указание на половые контакты с нелеченым и/или новым партнером
Г) полноценного ранее проведенного лечения
Д) сохранения клинических проявлений после лечения
26. **ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ:**
А) 3 – 4 недели
Б) 7 дней
В) от 3 – 6 недель до 3 – 6 месяцев
Г) 1 год

27. РЕЗОРБИЦИОННЫЕ СВОЙСТВА КОЖИ СНИЖЕНЫ:

- А) при воспалительных изменениях
- Б) на себорейных участках
- В) в местах физиологического гиперкератоза
- Г) в местах с тонким роговым слоем
- Д) в детском возрасте

28. ПАРАКЕРАТОЗ – ЭТО:

- А) утолщение рогового слоя
- Б) расплавление межклеточных эпителиальных мостиков
- В) сохранение в роговом слое клеток с ядрами
- Г) разрастание сосочков дермы
- Д) размножение клеток шиповидного слоя

29. СПОНГИОЗ – ЭТО:

- А) внутриклеточный отек
- Б) межклеточный отек
- В) баллонизирующая дегенерация
- Г) расплавление межклеточных эпителиальных мостиков
- Д) вакуольная дегенерация

30. АКАНТОЛИЗ – ЭТО:

- А) расплавление межклеточных эпителиальных мостиков шиповидного слоя
- Б) утолщение зернистого слоя
- В) расплавление рогового слоя
- Г) разрастание шиповидного слоя
- Д) разрыв базального слоя

31. ГИПЕРГРАНУЛЕЗ – ЭТО УТОЛЩЕНИЕ:

- А) эпидермиса
- Б) шиповидного слоя
- В) зернистого слоя
- Г) базального слоя
- Д) рогового слоя

32. ЛИХЕНИФИКАЦИЯ – ЭТО:

- А) бесполостное уплотнение кожи в пределах гиподермы
- Б) полость, заполненная гноем
- В) дефект кожи линейной формы
- Г) утолщение, усиление нормального ее рисунка
- Д) истончение всех слоев кожи

33. ВОЗБУДИТЕЛЕМ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) *Spirochaeta pallidum*
- Б) *Ureplasma urelyticum*
- В) *Chlamydia trachomatis* серотипы от D до K
- Г) *Gardnerella vaginalis*
- Д) *Chlamydia trachomatis* серотипы L-1, L-2, L-3

34. КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ДОЛЖНЫ БЫТЬ НЕМЕДЛЕННО НАЗНАЧЕНЫ БОЛЬНОМУ С СИНДРОМОМ ЛАЙЕЛЛА:

- А) антибиотики

- Б) кортикостероиды
 - В) сульфаниламиды
 - Г) витамины
 - Д) цитостатики
35. **КАКОЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЭКЗЕМЫ:**
- А) папилломатоз
 - Б) баллонная дистрофия
 - В) гиперкератоз
 - Г) спонгиоз
 - Д) гипергранулез
36. **ВОКРУГ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ:**
- А) истинной экземы
 - Б) себорейной экземы
 - В) профессиональной экземы
 - Г) варикозной экземы
 - Д) микробной экземы
37. **В ПАТОГЕНЕЗЕ СКЛЕРОДЕРМИИ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:**
- А) функциональных нарушений фибробластов
 - Б) прогрессирующего фиброза кожи
 - В) облитерирующего поражения артериол
 - Г) нуклеофагоцитоза в костном мозге
 - Д) изменения метаболизма коллагена
38. **ДЛЯ КРАПИВНИЦЫ ХАРАКТЕРНО:**
- А) наличие пустул
 - Б) наличие узлов на нижних конечностях
 - В) наличие пузырей на слизистой полости рта
 - Г) наличие волдырей
 - Д) наличие пятен
39. **МЕСТА ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭКЗЕМЫ:**
- А) волосистая часть головы
 - Б) открытые участки кожи
 - В) нижние конечности
 - Г) живот
 - Д) ладони и подошвы
40. **ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ МАСЛЯНЫХ УГРЕЙ:**
- А) наружная поверхность предплечий и бедер
 - Б) лицо
 - В) сгибательная поверхность предплечий
 - Г) кожа живота
 - Д) межпальцевые складки кистей
41. **НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОГРАНИЧЕННОГО НЕЙРОДЕРМИТА:**
- А) задняя поверхность шеи

- Б) сгибательная поверхность предплечий
 - В) ладони
 - Г) подошвы
 - Д) разгибательная поверхность локтевого сустава
42. **ПРИ ПСОРИАЗЕ ВОЗМОЖНО ПОРАЖЕНИЕ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ:**
- А) кожи
 - Б) суставов
 - В) слизистых оболочек
 - Г) волос
 - Д) ногтей
43. **РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ПСОРИАЗА, КРОМЕ**
- А) пустулезной
 - Б) артропатической
 - В) экссудативной
 - Г) псориатической эритродермии
 - Д) дискоидной
44. **СИНДРОМ ГРИНШПАНА - ЭТО СОЧЕТАНИЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ С:**
- А) сахарным диабетом и гипертонической болезнью
 - Б) новообразованием
 - В) красной волчанкой
 - Г) склеродермией
 - Д) циррозом печени
45. **К МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ МИКОПЛАЗМОЗА ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ**
- А) культурального
 - Б) ИФА
 - В) ПЦР
 - Г) ПИФ
 - Д) исследования нативного препарата в темном поле
46. **КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ**
- А) уретрита
 - Б) послеродового эндометрита
 - В) простатита
 - Г) бесплодия
 - Д) гипертрихоза
47. **ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ СЛЕДУЕТ С:**
- А) пиодермией
 - Б) актиномикозом
 - В) чесоткой
 - Г) экземой
 - Д) лейкоплакией

48. **К ПОВЕРХНОСТНЫМ СТАФИЛОДЕРМИЯМ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:**
А) фурункула
Б) остиофолликулита
В) вульгарного сикоза
Г) везикулопустулеза
Д) эпидемической пузырчатки новорожденных
49. **К СТАФИЛОДЕРМИЯМ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:**
А) везикулопустулеза
Б) псевдофурункулеза
В) фурункулеза
Г) эпидемической пузырчатки новорожденных
Д) эксфолиативного дерматита Риттера
50. **ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОГО ФУРУНКУЛА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:**
А) «ихтиоловой лепешки»
Б) увч
В) вскрытия
Г) антибиотиков широкого спектра
Д) уфо
51. **КАКОВА ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ПАЦИЕНТУ ДИАГНОЗА ФУРУНКУЛА НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА:**
А) хирургическое вскрытие элемента
Б) госпитализация пациента
В) назначение витаминотерапии
Г) назначение неспецифической иммунотерапии
Д) местное применение анилиновых красок
52. **К МЕРАМ ПРОФИЛАКТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО МИКОПЛАЗМОЗА ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ**
А) обследования беременных женщин
Б) обследования «групп риска»
В) обследования женщин, страдающих хроническими заболеваниями уrogenитального тракта невыясненной этиологии
Г) обследования урологических больных
Д) дезинфекции нижнего белья
53. **ПРИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕГОНОРЕЙНЫХ УРЕТРИТОВ ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:**
А) уретроскопии
Б) бактериоскопического исследования мазков и соскобов из уретры
В) бактериоскопических исследований соскоба с кожи крайней плоти
Г) бактериологического исследования отделяемого из уретры
Д) обследование методом ПЦР, ЛЦР
54. **ОПРЕДЕЛЯЮЩУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ ИГРАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ, КРОМЕ:**
А) грибы рода *pytirosporum*

- Б) эпидермального стафилококка
 - В) гемолитического стрептококка
 - Г) *propionobacterium asnes*
55. **ДЛЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТАДИИ ПСОРИАЗА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, КРОМЕ:**
- А) феномена стеаринового пятна
 - Б) терминальной пленки
 - В) точечного кровотечения
 - Г) феномена Кебнера
 - Д) появления вокруг элементов «псевдоатрофического» ободка Воронова
56. **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:**
- А) телеангиоэктазий
 - Б) отека и уплотнения кожи в очагах
 - В) эритемы
 - Г) фолликулярного гиперкератоза
 - Д) рубцовой атрофии
57. **К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПЕДИКУЛЕЗА ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:**
- А) симптома Горчакова-Арди
 - Б) зуда
 - В) меланодермии
 - Г) «кожи бродяг»
 - Д) огрубение кожи
58. **КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ КАНДИДОЗА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ**
- А) кандидоза полости рта
 - Б) кандидозной онихии и паронихии
 - В) вагинального кандидоза
 - Г) хронического генерализованного кандидоза
 - Д) кандидозной артропатии
59. **ДЛЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНО:**
- А) эритема
 - Б) отек
 - В) эрозии
 - Г) боли по ходу нерва
 - Д) все перечисленное
60. **ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ:**
- А) в начале заболевания
 - Б) в острой фазе
 - В) в фазе неполной ремиссии
 - Г) при неврологических осложнениях
 - Д) правильно в) г)

61. **ДЛЯ ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВОК ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:**
А) возникновения на местах давления обувью
Б) эффективно лечение солкодермом
В) эффективна гипносуггестивная терапия
Г) болезненности
Д) локализации на тыле стоп
62. **ДЛЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ БОРОДАВОК ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:**
А) напоминают цветную капусту
Б) напоминают петушиный гребень
В) имеют узкое основание
Г) имеют широкое основание
Д) чаще располагаются в области гениталий
63. **ДЛЯ ДЕРМАТОЗА ДЮРИНГА ХАРАКТЕРНО ВЫСЫПАНИЕ:**
А) бугорков и волдырей
Б) папул и пузырей
В) узлов и папул
Г) пустул и язв
Д) узлов и пузырей
64. **ОЧАГИ БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЧАЩЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОБЛАСТЯХ, КРОМЕ:**
А) шеи
Б) локтевых сгибов и подмышечных ямок
В) верхних конечностей
Г) туловища
Д) нижних конечностей
65. **ПСОРИАЗ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ**
А) сифилиса
Б) красного плоского лишая
В) ревматоидного артрита
Г) себорейной экземы
Д) склеродермии
66. **ДЛЯ ОСТРОЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:**
А) возникновения без предшествующей хронической формы
Б) поражения сердца
В) поражения органов дыхания
Г) отсутствия le-клеток в крови
Д) поражения органов пищеварения
67. **ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ:**
А) 3 – 4 недели
Б) 7 дней
В) от 3 – 6 недель до 3 – 6 месяцев
Г) 1 год

Д) 1 месяц

68. К СПИД-АССОЦИИРОВАННЫМ ДЕРМАТОЗАМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- А) кандидоза слизистых оболочек и кожи
- Б) себорейного дерматита
- В) зооантропофильной трихофитии
- Г) опоясывающего лишая
- Д) контагиозного моллюска

69. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФУРУНКУЛОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- А) антибиотиков широкого спектра
- Б) чистого ихтиола
- В) водных процедур
- Г) сухого тепла
- Д) УВЧ

70. РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, КРОМЕ:

- А) дискоидной
- Б) инфильтративной
- В) диссеминированной
- Г) глубокой
- Д) поверхностной (центробежной эритемы)

71. ДЛЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ТВЕРДОГО ШАНКРА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

- А) болезненности
- Б) плотного инфильтрата в основании
- В) гнойного отделяемого
- Г) склонности к аутоинокуляции
- Д) подрытых краев

72. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЧЕСОТКИ:

- А) вторичная пиодермия
- Б) сепсис
- В) рубцовая атрофия кожи
- Г) флегмоны
- Д) все вышеперечисленные

73. ТРЕТИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА НАЧИНАЕТСЯ ПОСЛЕ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕРЕЗ:

- А) 4-5 лет
- Б) 8-10 лет
- В) 6 мес.
- Г) 2 года
- Д) 1,5 мес.

74. КЕМ ОТКРЫТ ВОЗБУДИТЕЛЬ ГОНОРЕИ:

- А) Нейссером
- Б) Шаудиным
- В) Гофманом
- Г) Петерсеном

Д) Донне

75. КАКИЕ МИКРООРГАНИЗМЫ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ МОГУТ ПЕРСИСТИРОВАТЬ В ТРИХОМОНАДАХ:

- А) бледная трепонема
- Б) гонококки
- В) вирусы
- Г) хламидии
- Д) грибы рода Candida

76. ЭРОЗИИ ПРЕДШЕСТВУЕТ:

- А) узел
- Б) бугорок
- В) волдырь
- Г) пузырь
- Д) язва

77. БЕЛЫЙ ДЕРМОГРАФИЗМ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:

- А) атопическом дерматите
- Б) аллергическом дерматите
- В) простом дерматите
- Г) токсикодермии

78. ОСНОВНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) цитостатики
- Б) антигистаминные препараты
- В) антибиотики
- Г) препараты висмута
- Д) протистоцидные препараты

79. ПРИ ПОСКАБЛИВАНИИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ПАПУЛЫ НАБЛЮДАЮТСЯ:

- А) феномен стеаринового пятна
- Б) симптом яблочного желе
- В) симптом Никольского
- Г) симптом зонда
- Д) феномен Кебнера

80. ДЛЯ СТАФИЛОКОККОВЫХ ПИОДЕРМИТОВ ХАРАКТЕРНО:

- А) связь с волосяными фолликулами
- Б) связь с потовыми железами
- В) появление фликтены
- Г) наличия беловато-розовых шелушащихся пятен
- Д) правильно а), б)

81. УКАЖИТЕ, ПРИ КАКИХ ФОРМАХ ПИОДЕРМИИ ФЛИКТЕНА ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ:

- А) вульгарный сикоз
- Б) гидраденит
- В) фурункулез
- Г) вульгарное импетиго
- Д) верно все

82. К ГЛУБОКИМ ФОРМАМ СТРЕПТОДЕРМИЙ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:
- А) эктимы стрептококковой
 - Б) стрептококкового импетиго
 - В) рожистого воспаления
 - Г) хронической диффузной стрептодермий
 - Д) фурункула
83. ДЛЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРЕН ФЕНОМЕН:
- А) «яблочного желе»
 - Б) «зонда»
 - В) Кебнера
 - Г) точечного кровотечения
 - Д) стеаринового пятна
84. В ЧЕМ ОПАСНОСТЬ ФУРУНКУЛА НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА:
- А) развитие рожистого воспаления лица
 - Б) развитие флегмоны шеи
 - В) развитие заглоточного абсцесса
 - Г) развитие тромбоза кавернозного синуса
 - Д) развитие флегмоны дна полости рта
85. В ЧЕМ ОСНОВНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ ФУРУНКУЛОМ И ФУРУНКУЛЕЗОМ:
- А) локализация высыпаний
 - Б) количество высыпаний
 - В) течение
 - Г) общая семиотика
 - Д) развитие осложнений
86. В ПАТОГЕНЕЗЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ ВЫДЕЛЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕХАНИЗМЫ, КРОМЕ:
- А) себореи
 - Б) деятельности *demodex folliculorum*
 - В) фолликулярного гиперкератоз
 - Г) воспаления
 - Д) деятельности бактерий
87. ДЛЯ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
- А) отсутствия зуда
 - Б) наличия творожистых налетов на слизистых гениталий
 - В) наличия кровоточащих трещин на слизистых гениталий
 - Г) наличия сливкообразных выделений
 - Д) наличия мучительного зуда
88. К ЮНОШЕСКИМ УГРЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:
- А) комедонов
 - Б) узловато-кистозных
 - В) папулопустулезных
 - Г) шаровидных (конглобатных)

Д) молниеносных

89. ЗАРАЖЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ ПРОИСХОДИТ:

- А) при работе на ферме с больными животными
- Б) при игре с кошками
- В) при пользовании вещами и предметами обихода, бывшими в употреблении больного
- Г) при работе в поле (контакт с грызунами)
- Д) капельным путем при контакте с больным

90. ДЛЯ КОНТАГИОЗНОГО МОЛЛЮСКА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- А) высыпание полушаровидных папул
- Б) пупкообразного вдавления в центре папул
- В) встречается чаще у детей
- Г) вскрываются с образованием глубоких язв
- Д) локализации на коже век, живота, гениталий

91. ДЛЯ ДЕРМАТОЗА ДЮРИНГА ХАРАКТЕРНО:

- А) герпетическое расположение элементов
- Б) наличие истинного полиморфизма
- В) наличие рн-клеток в мазках-отпечатках
- Г) положительный симптом Никольского
- Д) правильно а, б

92. ДЛЯ ЛИНЕЙНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- А) бесследного разрешения
- Б) линейного расположения
- В) расположения по ходу нервных стволов
- Г) расположения на лбу с переходом на спинку носа
- Д) вовлечения в процесс костей, мышц и фасций

93. В СТАДИИ МОКНУТИЯ ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ЭКЗЕМЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ:

- А) взбалтываемые взвеси
- Б) присыпки
- В) примочки
- Г) пасты
- Д) мази

94. ПРИ СКЛЕРОДЕРМИИ БОЛЬНЫЕ ОЩУЩАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- А) чувства стягивания
- Б) зуда, усиливающегося ночью
- В) незначительного зуда кожи
- Г) онемения
- Д) напряжения кожи

95. К ФАКТОРАМ ПАТОГЕНЕЗА ПРИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- А) образования циркулирующих антиядерных антител
- Б) повышенной потливости кожи

- В) формирования циркулирующих иммунных комплексов (цик)
Г) отложения цик в базальных мембранах
Д) системного поражения соединительной ткани
96. **ОБОСТРЕНИЯ МИКОЗОВ СТОП ПРОВОЦИРУЮТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ФАКТОРАМИ, КРОМЕ:**
А) смены климата
Б) ношения плохо вентилируемой обуви
В) применения ванночек с отваром коры дуба
Г) приема антибиотиков широкого спектра
Д) механических и химических травм кожи стоп
97. **ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЭНДОГЕННЫХ ФОРМ КАНДИДОЗА СПОСОБСТВУЮТ:**
А) эндокринопатии
Б) иммунная недостаточность
В) тяжелые соматические заболевания
Г) применение антибиотиков
Д) все перечисленное
98. **ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ СИФИЛИСЕ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ:**
А) 20-40 дней
Б) 3-5 дней
В) 3 месяца
Г) 1 день
Д) 6 месяцев
99. **ВТОРИЧНЫЙ РЕЦИДИВНЫЙ СИФИЛИС НАСТУПАЕТ ПОСЛЕ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕРЕЗ:**
А) 9-10 недель
Б) 3 недели
В) 1 мес.
Г) 3 мес.
Д) 6 мес.
100. **ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:**
А) 20 % водно-мыльной эмульсии бензил-бензоата
Б) 33 % серной мази
В) 2 % настойки йода
Г) 60 % раствор тиосульфата натрия
Д) 10 % серно-дегтярной мази

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокوف

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Тестовые задания к государственному экзамену
по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (2 этап)

ВАРИАНТ 2

Инструкция: из каждой группы вопросов выберите один правильный ответ.

1. КАКОВА ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ПАЦИЕНТУ ДИАГНОЗА ФУРУНКУЛА НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА:

- А) хирургическое вскрытие элемента
- Б) госпитализация пациента
- В) назначение витаминотерапии
- Г) назначение неспецифической иммунотерапии
- Д) местное применение анилиновых красок

2. К МЕРАМ ПРОФИЛАКТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО МИКОПЛАЗМОЗА ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- А) обследования беременных женщин
- Б) обследования «групп риска»
- В) обследования женщин, страдающих хроническими заболеваниями уrogenитального тракта невыясненной этиологии
- Г) обследования урологических больных
- Д) дезинфекции нижнего белья

3. ПРИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕГОНОРЕЙНЫХ УРЕТРИТОВ ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- А) уретроскопии
- Б) бактериоскопического исследования мазков и соскобов из уретры
- В) бактериоскопических исследований соскоба с кожи крайней плоти
- Г) бактериологического исследования отделяемого из уретры
- Д) обследование методом ПЦР, ЛЦР

4. ОПРЕДЕЛЯЮЩУЮ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ ИГРАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МИКРООРГАНИЗМЫ, КРОМЕ:

- А) грибы рода *rutherosporum*
- Б) эпидермального стафилококка
- В) гемолитического стрептококка
- Г) *propionobacterium acnes*

5. ДЛЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТАДИИ ПСОРИАЗА ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, КРОМЕ:

- А) феномена стеаринового пятна
- Б) терминальной пленки
- В) точечного кровотечения
- Г) феномена Кебнера

Д) появления вокруг элементов «псевдоатрофического» ободка Воронова

6. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

- А) телеангиоэктазий
- Б) отека и уплотнения кожи в очагах
- В) эритемы
- Г) фолликулярного гиперкератоза
- Д) рубцовой атрофии

7. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ПЕДИКУЛЕЗА ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- А) симптома Горчакова-Арди
- Б) зуда
- В) меланодермии
- Г) «кожи бродяг»
- Д) огрубение кожи

8. КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ КАНДИДОЗА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- А) кандидоза полости рта
- Б) кандидозной онихии и паронихии
- В) вагинального кандидоза
- Г) хронического генерализованного кандидоза
- Д) кандидозной артропатии

9. ДЛЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРНО:

- А) эритема
- Б) отек
- В) эрозии
- Г) боли по ходу нерва
- Д) все перечисленное

10. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ:

- А) в начале заболевания
- Б) в острой фазе
- В) в фазе неполной ремиссии
- Г) при неврологических осложнениях
- Д) правильно в) г)

11. ДЛЯ ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВОК ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- А) возникновения на местах давления обувью
- Б) эффективно лечение солкодермом
- В) эффективна гипносуггестивная терапия
- Г) болезненности
- Д) локализации на тыле стоп

12. ДЛЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ БОРОДАВОК ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- А) напоминают цветную капусту

- Б) напоминают петушиный гребень
- В) имеют узкое основание
- Г) имеют широкое основание
- Д) чаще располагаются в области гениталий

13. ДЛЯ ДЕРМАТОЗА ДЮРИНГА ХАРАКТЕРНО ВЫСЫПАНИЕ:

- А) бугорков и волдырей
- Б) папул и пузырей
- В) узлов и папул
- Г) пустул и язв
- Д) узлов и пузырей

14. ОЧАГИ БЛЯШЕЧНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЧАЩЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОБЛАСТЯХ, КРОМЕ:

- А) шеи
- Б) локтевых сгибов и подмышечных ямок
- В) верхних конечностей
- Г) туловища
- Д) нижних конечностей

15. ПСОРИАЗ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ

- А) сифилиса
- Б) красного плоского лишая
- В) ревматоидного артрита
- Г) себорейной экземы
- Д) склеродермии

16. ДЛЯ ОСТРОЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- А) возникновения без предшествующей хронической формы
- Б) поражения сердца
- В) поражения органов дыхания
- Г) отсутствия Ie-клеток в крови
- Д) поражения органов пищеварения

17. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ:

- А) 3 – 4 недели
- Б) 7 дней
- В) от 3 – 6 недель до 3 – 6 месяцев
- Г) 1 год
- Д) 1 месяц

18. К СПИД-АССОЦИИРОВАННЫМ ДЕРМАТОЗАМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- А) кандидоза слизистых оболочек и кожи
- Б) себорейного дерматита
- В) зооантропофильной трихофитии
- Г) опоясывающего лишая
- Д) контагиозного моллюска

19. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФУРУНКУЛОВ ПРИМЕНЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- А) антибиотиков широкого спектра
- Б) чистого ихтиола
- В) водных процедур
- Г) сухого тепла
- Д) УВЧ

20. РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, КРОМЕ:

- А) дискоидной
- Б) инфильтративной
- В) диссеминированной
- Г) глубокой
- Д) поверхностной (центробежной эритемы)

21. ДЛЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО ТВЕРДОГО ШАНКРА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

- А) болезненности
- Б) плотного инфильтрата в основании
- В) гнойного отделяемого
- Г) склонности к аутоинокуляции
- Д) подрытых краев

22. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЧЕСОТКИ:

- А) вторичная пиодермия
- Б) сепсис
- В) рубцовая атрофия кожи
- Г) флегмоны
- Д) все вышеперечисленные

23. ТРЕТИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА НАЧИНАЕТСЯ ПОСЛЕ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕРЕЗ:

- А) 4-5 лет
- Б) 8-10 лет
- В) 6 мес.
- Г) 2 года
- Д) 1,5 мес.

24. КЕМ ОТКРЫТ ВОЗБУДИТЕЛЬ ГОНОРЕИ:

- А) Нейссером
- Б) Шаудиным
- В) Гофманом
- Г) Петерсеном
- Д) Донне

25. КАКИЕ МИКРООРГАНИЗМЫ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ МОГУТ ПЕРСИСТИРОВАТЬ В ТРИХОМОНАДАХ:

- А) бледная трепонема
- Б) гонококки
- В) вирусы
- Г) хламидии
- Д) грибы рода Candida

26. ЭРОЗИИ ПРЕДШЕСТВУЕТ:

- А) узел
- Б) бугорок
- В) волдырь
- Г) пузырь
- Д) язва

27. БЕЛЫЙ ДЕРМОГРАФИЗМ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:

- А) атопическом дерматите
- Б) аллергическом дерматите
- В) простом дерматите
- Г) токсикодермии

28. ОСНОВНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КРАПИВНИЦЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) цитостатики
- Б) антигистаминные препараты
- В) антибиотики
- Г) препараты висмута
- Д) протистоцидные препараты

29. ПРИ ПОСКАБЛИВАНИИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ПАПУЛЫ НАБЛЮДАЮТСЯ:

- А) феномен стеаринового пятна
- Б) симптом яблочного желе
- В) симптом Никольского
- Г) симптом зонда
- Д) феномен Кебнера

30. ДЛЯ СТАФИЛОКОККОВЫХ ПИОДЕРМИТОВ ХАРАКТЕРНО:

- А) связь с волосными фолликулами
- Б) связь с потовыми железами
- В) появление фликтены
- Г) наличия беловато-розовых шелушащихся пятен
- Д) правильно а), б)

31. УКАЖИТЕ, ПРИ КАКИХ ФОРМАХ ПИОДЕРМИИ ФЛИКТЕНА ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТОМ:

- А) вульгарный сикоз
- Б) гидраденит
- В) фурункулез
- Г) вульгарное импетиго
- Д) верно все

32. К ГЛУБОКИМ ФОРМАМ СТРЕПТОДЕРМИЙ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- А) эктимы стрептококковой
- Б) стрептококкового импетиго
- В) рожистого воспаления
- Г) хронической диффузной стрептодермий
- Д) фурункула

33. ДЛЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ХАРАКТЕРЕН ФЕНОМЕН:

- А) «яблочного желе»

- Б) «зонда»
- В) Кебнера
- Г) точечного кровотечения
- Д) стеаринового пятна

34. В ЧЕМ ОПАСНОСТЬ ФУРУНКУЛА НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА:

- А) развитие рожистого воспаления лица
- Б) развитие флегмоны шеи
- В) развитие заглоточного абсцесса
- Г) развитие тромбоза кавернозного синуса
- Д) развитие флегмоны дна полости рта

35. В ЧЕМ ОСНОВНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ ФУРУНКУЛОМ И ФУРУНКУЛЕЗОМ:

- А) локализация высыпаний
- Б) количество высыпаний
- В) течение
- Г) общая семиотика
- Д) развитие осложнений

36. В ПАТОГЕНЕЗЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ ВЫДЕЛЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕХАНИЗМЫ, КРОМЕ:

- А) себореи
- Б) деятельности *demodex folliculorum*
- В) фолликулярного гиперкератоз
- Г) воспаления
- Д) деятельности бактерий

37. ДЛЯ КАНДИДОЗНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- А) отсутствия зуда
- Б) наличия творожистых налетов на слизистых гениталий
- В) наличия кровоточащих трещин на слизистых гениталий
- Г) наличия сливкообразных выделений
- Д) наличия мучительного зуда

38. К ЮНОШЕСКИМ УГРЯМ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- А) комедонов
- Б) узловато-кистозных
- В) папулопустулезных
- Г) шаровидных (конглобатных)
- Д) молниеносных

39. ЗАРАЖЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ ПРОИСХОДИТ:

- А) при работе на ферме с больными животными
- Б) при игре с кошками
- В) при пользовании вещами и предметами обихода, бывшими в употреблении больного
- Г) при работе в поле (контакт с грызунами)
- Д) капельным путем при контакте с больным

40. ДЛЯ КОНТАГИОЗНОГО МОЛЛЮСКА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- А) высыпание полушаровидных папул
- Б) пупкообразного вдавления в центре папул
- В) встречается чаще у детей
- Г) вскрываются с образованием глубоких язв
- Д) локализации на коже век, живота, гениталий

41. ДЛЯ ДЕРМАТОЗА ДЮРИНГА ХАРАКТЕРНО:

- А) герпетиформное расположение элементов
- Б) наличие истинного полиморфизма
- В) наличие рн-клеток в мазках-отпечатках
- Г) положительный симптом Никольского
- Д) правильно а, б

42. ДЛЯ ЛИНЕЙНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- А) бесследного разрешения
- Б) линейного расположения
- В) расположения по ходу нервных стволов
- Г) расположения на лбу с переходом на спинку носа
- Д) вовлечения в процесс костей, мышц и фасций

43. В СТАДИИ МОКНУТИЯ ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ЭКЗЕМЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ:

- А) взбалтываемые взвеси
- Б) присыпки
- В) примочки
- Г) пасты
- Д) мази

44. ПРИ СКЛЕРОДЕРМИИ БОЛЬНЫЕ ОЩУЩАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- А) чувства стягивания
- Б) зуда, усиливающегося ночью
- В) незначительного зуда кожи
- Г) онемения
- Д) напряжения кожи

45. К ФАКТОРАМ ПАТОГЕНЕЗА ПРИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- А) образования циркулирующих антиядерных антител
- Б) повышенной потливости кожи
- В) формирования циркулирующих иммунных комплексов (цик)
- Г) отложения цик в базальных мембранах
- Д) системного поражения соединительной ткани

46. ОБОСТРЕНИЯ МИКОЗОВ СТОП ПРОВОЦИРУЮТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ФАКТОРАМИ, КРОМЕ:

- А) смены климата
- Б) ношения плохо вентилируемой обуви
- В) применения ванночек с отваром коры дуба
- Г) приема антибиотиков широкого спектра
- Д) механических и химических травм кожи стоп

47. ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЭНДОГЕННЫХ ФОРМ КАНДИДОЗА СПОСОБСТВУЮТ:

- А) эндокринопатии
- Б) иммунная недостаточность
- В) тяжелые соматические заболевания
- Г) применение антибиотиков
- Д) все перечисленное

48. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ СИФИЛИСЕ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ:

- А) 20-40 дней
- Б) 3-5 дней
- В) 3 месяца
- Г) 1 день
- Д) 6 месяцев

49. ВТОРИЧНЫЙ РЕЦИДИВНЫЙ СИФИЛИС НАСТУПАЕТ ПОСЛЕ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕРЕЗ:

- А) 9-10 недель
- Б) 3 недели
- В) 1 мес.
- Г) 3 мес.
- Д) 6 мес.

50. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- А) 20 % водно-мыльной эмульсии бензил-бензоата
- Б) 33 % серной мази
- В) 2 % настойки йода
- Г) 60 % раствор тиосульфата натрия
- Д) 10 % серно-дегтярной мази

51. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ (АД) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- А) наследственной предрасположенностью
- Б) хроническим течением
- В) поливалентной гиперчувствительностью
- Г) зудом
- Д) всем перечисленным

52. ПРИ ПСОРИАЗЕ ВОЗМОЖНО ПОРАЖЕНИЕ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ

- А) кожи
- Б) суставов
- В) слизистых оболочек
- Г) волос
- Д) ногтей

53. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОГРАНИЧЕННОГО НЕЙРОДЕРМИТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:

- А) топические стероиды
- Б) антигистаминные препараты
- В) нафталановая мазь

- Г) местные анестетики
- Д) все перечисленное

54. ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ, КРОМЕ:

- А) сгибательной поверхности предплечий
- Б) передней поверхности голеней
- В) области крестца
- Г) слизистой щек
- Д) кожи волосистой части головы

55. РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФОРМЫ СКЛЕРОДЕРМИИ, КРОМЕ:

- А) дискоидной
- Б) системной
- В) линейной
- Г) бляшечной
- Д) болезни белых пятен

56. РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ПСОРИАЗА, КРОМЕ:

- А) пустулезной
- Б) артропатической
- В) экссудативной
- Г) псориатической эритродермии
- Д) дискоидной

57. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- А) обнаружения LE-клеток в крови
- Б) симптома Бенъе-Мещерского
- В) симптома «дамского каблука»
- Г) симптома Горчакова-Арди
- Д) симптома Хачатуряна

58. ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ПОЛОСТИ РТА:

- А) лихеноидная
- Б) эрозивно-язвенная
- В) сквамозная
- Г) дисгидротическая
- Д) скутулярная

59. ЗАРАЖЕНИЕ ПЛОДА СИФИЛИСОМ ПРОИСХОДИТ:

- А) через плаценту от больной матери
- Б) через сперматозоиды больного отца
- В) при прохождении через родовые пути больной матери
- Г) через хромосомный аппарат половых клеток родителей
- Д) внутриутробно на 6-7 месяце беременности

60. ДЛЯ СТАФИЛОКОККОВЫХ ПИОДЕРМИТОВ ХАРАКТЕРНО:

- А) связь с волосными фолликулами
- Б) связь с потовыми железами
- В) появление фликтены

- Г) наличия беловато-розовых шелушащихся пятен
- Д) правильно а, б

61. ФУРУНКУЛ – ЭТО:

- А) глубокая стрептококковая пустула
- Б) фликтена
- В) воспаление волосяного фолликула и окружающих тканей
- Г) поверхностная пустула
- Д) воспаление волосяного фолликула

62. ГИДРАДЕНИТ - ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ:

- А) волосяного фолликула
- Б) апокриновых потовых желез
- В) волосяного фолликула и окружающих тканей
- Г) устья волосяного фолликула
- Д) трубчатых потовых желез

63. СЕБОРЕЯ ЭТО:

- А) гиперпродукция кожного сала с измененным химическим составом
- Б) гиперпродукция кожного сала
- В) уменьшение образования липидов сальными железами
- Г) уменьшение образования керамидов рогового слоя и липидов кожного сала
- Д) все перечисленное верно

64. К ГОРМОНАМ, СТИМУЛИРУЮЩИМ ВЫДЕЛЕНИЕ КОЖНОГО САЛА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- А) гормонов коры надпочечников
- Б) эстрогенов
- В) андрогенов
- Г) прогестерона
- Д) АКТГ

65. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ГОНОРЕИ ГЛАЗ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- А) отека век
- Б) экзофтальма
- В) светобоязни, гноетечения
- Г) гиперемии конъюнктивы
- Д) изъязвления роговицы

66. К ГОРМОНАМ, ПОДАВЛЯЮЩИМ САЛООТДЕЛЕНИЕ, ОТНОСЯТСЯ:

- А) андрогены
- Б) эстрогены
- В) прогестерон
- Г) гормонов коры надпочечников

67. ПРИ ЧЕСОТКЕ СЫПИ ЧАЩЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ:

- А) в межпальцевых складках
- Б) в области лучезапястных суставов
- В) на волосистой части головы у взрослых
- Г) на ладонях и подошвах у взрослых

Д) верно а, б

68. К ГРУППЕ ВИРУСОВ ГЕРПЕСА ОТНОСЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ВИРУСЫ, КРОМЕ:

- А) ВПГ (вирус простого герпеса)
- Б) вируса varicella-zoster
- В) вируса Эпштейна-Барр
- Г) папилломатозного вируса
- Д) цитомегаловируса

69. КОНТАКТ ЧЕЛОВЕКА С ВПГ-1 ПРОИСХОДИТ:

- А) к 18 годам
- Б) к 18 месяцу
- В) после полового созревания
- Г) после 1 года жизни
- Д) после 1 месяца жизни

70. РЕЦИДИВАМ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ СПОСОБСТВУЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- А) переохлаждения
- Б) перегревания
- В) простудных заболеваний
- Г) соблюдения режима труда и отдыха
- Д) стрессовых ситуаций

71. ИЗЛЮБЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ УЧАСТКИ, КРОМЕ:

- А) крыльев носа
- Б) разгибательных поверхностей конечностей
- В) углов рта
- Г) красной каймы губ
- Д) половых органов

72. К ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СКЛЕРОДЕРМИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- А) стрессов
- Б) охлаждения
- В) нарушения липидного обмена
- Г) острых и хронических инфекционных заболеваний
- Д) инсоляции

73. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ СИФИЛИСЕ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ:

- А) 20-40 дней
- Б) 3-5 дней
- В) 3 месяца
- Г) 1 день
- Д) 6 месяцев

74. ПЕРВИЧНАЯ СИФИЛОМА МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ:

- А) фимозом
- Б) парафимозом

- В) гангренизацией
- Г) фагеденизмом
- Д) все перечисленное верно

75. ДЛЯ РЕИНФЕКЦИИ ГОНОРЕИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- А) клинического выздоровления после лечения
- Б) отсутствие гонококков и нормализация количества лейкоцитов в мазках после лечения
- В) указание на половые контакты с нелеченым и/или новым партнером
- Г) полноценного ранее проведенного лечения
- Д) сохранения клинических проявлений после лечения

76. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СОСТАВЛЯЕТ:

- А) 3 – 4 недели
- Б) 7 дней
- В) от 3 – 6 недель до 3 – 6 месяцев
- Г) 1 год

77. РЕЗОРБЦИОННЫЕ СВОЙСТВА КОЖИ СНИЖЕНЫ:

- А) при воспалительных изменениях
- Б) на себорейных участках
- В) в местах физиологического гиперкератоза
- Г) в местах с тонким роговым слоем
- Д) в детском возрасте

78. ПАРАКЕРАТОЗ – ЭТО:

- А) утолщение рогового слоя
- Б) расплавление межклеточных эпителиальных мостиков
- В) сохранение в роговом слое клеток с ядрами
- Г) разрастание сосочков дермы
- Д) размножение клеток шиповидного слоя

79. СПОНГИОЗ – ЭТО:

- А) внутриклеточный отек
- Б) межклеточный отек
- В) баллонизирующая дегенерация
- Г) расплавление межклеточных эпителиальных мостиков
- Д) вакуольная дегенерация

80. АКАНТОЛИЗ – ЭТО:

- А) расплавление межклеточных эпителиальных мостиков шиповидного слоя
- Б) утолщение зернистого слоя
- В) расплавление рогового слоя
- Г) разрастание шиповидного слоя
- Д) разрыв базального слоя

81. ГИПЕРГРАНУЛЕЗ – ЭТО УТОЛЩЕНИЕ:

- А) эпидермиса
- Б) шиповидного слоя
- В) зернистого слоя
- Г) базального слоя
- Д) рогового слоя

82. ЛИХЕНИФИКАЦИЯ – ЭТО:

- А) бесполое уплотнение кожи в пределах гиподермы
- Б) полость, заполненная гноем
- В) дефект кожи линейной формы
- Г) утолщение, усиление нормального ее рисунка
- Д) истончение всех слоев кожи

83. ВОЗБУДИТЕЛЕМ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) *Spirochaeta pallidum*
- Б) *Ureplasma urelyticum*
- В) *Chlamydia trachomatis* серотипы от D до K
- Г) *Gardnerella vaginalis*
- Д) *Chlamydia trachomatis* серотипы L-1, L-2, L-3

84. КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ДОЛЖНЫ БЫТЬ НЕМЕДЛЕННО НАЗНАЧЕНЫ БОЛЬНОМУ С СИНДРОМОМ ЛАЙЕЛЛА:

- А) антибиотики
- Б) кортикостероиды
- В) сульфаниламиды
- Г) витамины
- Д) цитостатики

85. КАКОЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ЭКЗЕМЫ:

- А) папилломатоз
- Б) баллонная дистрофия
- В) гиперкератоз
- Г) спонгиоз
- Д) гипергранулез

86. ВОКРУГ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ:

- А) истинной экземы
- Б) себорейной экземы
- В) профессиональной экземы
- Г) варикозной экземы
- Д) микробной экземы

87. В ПАТОГЕНЕЗЕ СКЛЕРОДЕРМИИ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- А) функциональных нарушений фибробластов
- Б) прогрессирующего фиброза кожи
- В) облитерирующего поражения артериол
- Г) нуклеофагоцитоза в костном мозге
- Д) изменения метаболизма коллагена

88. ДЛЯ КРАПИВНИЦЫ ХАРАКТЕРНО:

- А) наличие пустул
- Б) наличие узлов на нижних конечностях
- В) наличие пузырей на слизистой полости рта
- Г) наличие волдырей
- Д) наличие пятен

89. МЕСТА ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭКЗЕМЫ:

- А) волосистая часть головы
- Б) открытые участки кожи
- В) нижние конечности
- Г) живот
- Д) ладони и подошвы

90. ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ МАСЛЯНЫХ УГРЕЙ:

- А) наружная поверхность предплечий и бедер
- Б) лицо
- В) сгибательная поверхность предплечий
- Г) кожа живота
- Д) межпальцевые складки кистей

91. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОГРАНИЧЕННОГО НЕЙРОДЕРМИТА:

- А) задняя поверхность шеи
- Б) сгибательная поверхность предплечий
- В) ладони
- Г) подошвы
- Д) разгибательная поверхность локтевого сустава

92. ПРИ ПСОРИАЗЕ ВОЗМОЖНО ПОРАЖЕНИЕ ВСЕГО ПЕРЕЧИСЛЕННОГО, КРОМЕ:

- А) кожи
- Б) суставов
- В) слизистых оболочек
- Г) волос
- Д) ногтей

93. РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ПСОРИАЗА, КРОМЕ

- А) пустулезной
- Б) артропатической
- В) экссудативной
- Г) псориатической эритродермии
- Д) дискоидной

94. СИНДРОМ ГРИНШПАНА - ЭТО СОЧЕТАНИЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ С:

- А) сахарным диабетом и гипертонической болезнью
- Б) новообразованием
- В) красной волчанкой
- Г) склеродермией
- Д) циррозом печени

95. К МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ МИКОПЛАЗМОЗА ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- А) культурального
- Б) ИФА
- В) ПЦР

Г) ПИФ

Д) исследования нативного препарата в темном поле

96. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ МИКОПЛАЗМЕННОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

А) уретрита

Б) послеродового эндометрита

В) простатита

Г) бесплодия

Д) гипертрихоза

97. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ СЛЕДУЕТ С:

А) пиодермией

Б) актиномикозом

В) чесоткой

Г) экземой

Д) лейкоплакией

98. К ПОВЕРХНОСТНЫМ СТАФИЛОДЕРМИЯМ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

А) фурункула

Б) остиофолликулита

В) вульгарного сикоза

Г) везикулопустулеза

Д) эпидемической пузырчатки новорожденных

99. К СТАФИЛОДЕРМИЯМ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

А) везикулопустулеза

Б) псевдофурункулеза

В) фурункулеза

Г) эпидемической пузырчатки новорожденных

Д) эксфолиативного дерматита Риттера

100. ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННОГО ФУРУНКУЛА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

А) «ихтиоловой лепешки»

Б) увч

В) вскрытия

Г) антибиотиков широкого спектра

Д) уфо

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Вопросы к государственному экзамену по специальности
31.08.32 Дерматовенерология

1. Анатомия кожи. Строение эпидермиса, дермы, подкожно- жировой клетчатки.
2. Кровеносные и лимфатические сосуды, нервно-рецепторный аппарат кожи.
3. Придатки кожи- волосы, потовые железы, сальные железы, ногти, строение, функции.
4. Особенности строения кожи детей.
5. Физиология и биохимия кожи.
6. Связь кожи с другими органами и системами.
7. Участие кожи в водном, минеральном, белковом, углеводном, витаминном, ферментном и жировом обменах.
8. Основные функции кожи – защитная, терморегуляционная, выделительная, резорбционная, дыхательная, рецепторная. Кожа как орган чувств. Основные патологические процессы в коже.
9. Признаки острого воспаления кожи. Акантолиз, акантоз, вакуольная дегенерация, гиперкератоз, папилломатоз, паракератоз, спонгиоз, баллонизирующая дегенерация, гранулез. Дисхромии. Атрофии. Опухолевый процесс.
10. Морфологические элементы кожных сыпей – первичные и вторичные, их характеристика и значение для постановки диагноза, гистопатология. Изменения волос. Изменения ногтей. Нарушение пото- и салоотделения.
11. Методика обследования дерматологического больного.
12. Вопросы деонтологии в дерматологии.
13. Общие принципы системной и наружной терапии кожных болезней.
14. Особенности клинического течения дерматозов в детском возрасте. Принципы наружной терапии дерматозов у детей.
15. Физиотерапия в дерматологии. Противопоказания: абсолютные, относительные.
16. Пиодермия. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, гистопатология отдельных форм пиодермий.
17. Фолликулит. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника,
18. Сикоз стафилококковый. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника,
19. Фурункул. Фурункулез. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника,
20. Карбункул. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника
21. Гидраденит. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника
22. Импетиго. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника
23. Эктима. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника
24. Хроническая глубокая язвенная и вегетирующая пиодермия. Лечение и профилактика пиодермий.
25. Микозы кожи. Возбудители. Пути заражения. Морфология и физиология патогенных грибов. Клиническая классификация микозов.
26. Кератомикозы. Разноцветный лишай, пьедра (этиология, клиника, диагностика, лечение).
27. Паховая эпидермофития. Этиология, эпидемиология, клиника, лечение.
28. 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).
29. Онихомикозы. Распространенность, этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Лечение.
 30. Микроспория. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
 31. Поверхностная трихофития. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
 32. Зооантропонозная трихофития. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
 33. Favus; черепитчатый микоз. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
 34. Плесневые поражения ногтей и кожи. Этиология. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
 35. Кандидоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая классификация, клиника поверхностных форм. Хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз. Кандидоз внутренних органов (патогенез, клиника).
 36. Диагностика кандидоза (микроскопическая, культуральная, серологическая, гистологическая, эксперимент на животных).
 37. Лечение кандидоза. Системные антимикотики, Противогрибковые препараты для наружного применения.
 38. Поверхностные псевдомикозы, эритразма. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
 39. Глубокие микозы. Аспергиллёз, споротрихоз, хромомикоз, актиномикоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
 40. Дерматиты. Определение, этиология, патогенез, триггерные факторы, клиническая классификация, лечение, профилактика.
 41. Токсидермия. Определение, этиология, патогенез, триггерные факторы, клиническая классификация, лечение, профилактика.
 42. Экзема. Определение, этиология, патогенез, триггерные факторы, клиническая классификация, лечение, профилактика.
 43. Атопический дерматит. Этиология. Патогенез. Роль наследственности, эндо и экзогенных факторов. Основные нозологические формы. Их гистопатологическая характеристика. Методы клинической и лабораторной диагностики. Лечение. Профилактика.
 44. Печесуха. Этиология. Патогенез. Роль наследственности, эндо и экзогенных факторов. Основные нозологические формы. Их гистопатологическая характеристика. Методы клинической и лабораторной диагностики. Лечение. Профилактика.
 45. Кожный зуд. Этиология. Патогенез. Роль наследственности, эндо и экзогенных факторов. Основные нозологические формы. Их гистопатологическая характеристика. Методы клинической и лабораторной диагностики. Лечение. Профилактика.
 46. Крапивница. Этиология. Патогенез. Роль наследственности, эндо и экзогенных факторов. Основные нозологические формы. Их гистопатологическая характеристика. Методы клинической и лабораторной диагностики. Лечение. Профилактика.
 47. Лихены кожи. Псориаз. Красный плоский лишай. Красный отрубевидный волосистой лишай. Розовый лишай. Этиология, патогенез, роль наследственных факторов, клинические разновидности, диагностические феномены, их гистологическое объяснение, принципы общего и наружного лечения в различные стадии болезни, профилактика, сан-кур лечение.
 48. Вирусные болезни кожи. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
 49. Простой пузырьковый лишай. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.

50. Опоясывающий лишай. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
51. Бородавки. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
52. Остроконечные кондиломы. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
53. Узелки доильщиц. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
54. Контагиозный моллюск. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
55. Профессиональные болезни кожи. Определение. Значение профессиональных факторов и реактивности организма в развитии профессиональных дерматозов. Клинические формы. Диагностическое значение кожных проб. Лечение. Диспансеризация и трудоустройство больных. Профилактика. Влияние различных профессиональных факторов на течение кожных болезней.
56. Пузырные дерматозы. Этиология. Патогенез. Патогистология. Акантолиз. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюоресцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
57. Истинная пузырчатка. Этиология. Патогенез. Патогистология. Акантолиз. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюоресцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
58. Хронический семейный доброкачественный пемфигус. Этиология. Патогенез. Патогистология. Акантолиз. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюоресцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
59. Пемфигус глаз. Этиология. Патогенез. Патогистология. Акантолиз. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюоресцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
60. Пемфигоид. Этиология. Патогенез. Патогистология. Акантолиз. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюоресцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
61. Герпетиформный дерматит Дюринга. Этиология. Патогенез. Патогистология. Акантолиз. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюоресцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
62. Системные заболевания соединительной ткани. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Гистопатология. Лечение и прогноз.
63. Красная волчанка. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Гистопатология. Лечение и прогноз.
64. Ограниченная склеродермия. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Гистопатология. Лечение и прогноз.
65. Склередема Бушке. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Гистопатология. Лечение и прогноз.
66. Дерматомиозит. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Гистопатология. Лечение и прогноз.
67. Чесотка. Характеристика возбудителя. Условия заражения. Клинические проявления, осложнения. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика. Укусы клещей и других насекомых. Волосатик. Цистицеркоз кожи.

68. Туберкулез кожи. Возбудитель. Поражение кожи как одно из проявлений общей туберкулезной инфекции. Клинические формы туберкулеза кожи. Патогенез.
69. Клиническая характеристика и гистопатология основных форм кожного туберкулеза. Диагностика. Принципы лечения. Профилактика. Организация борьбы с распространением туберкулеза в Российской Федерации.
70. Лепра. Распространение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические разновидности. Диагностика. Лечение. Профилактика. Организация борьбы с лепрой в РФ.
71. Кожный лейшманиоз (болезнь Боровского), кожно-слизистый лейшманиоз. Возбудитель. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
72. Инфекции, передаваемые половым путем. Сифилис. Возбудитель. Условия заражения сифилисом. Пути распространения сифилитической инфекции. Иммуитет, реинфекция, суперинфекция. Экспериментальный сифилис, его значение. Общее течение, периодизация сифилиса. Понятие о скрытом и «злокачественном» сифилисе.
73. Серодиагностика сифилиса. Биологически ложноположительные реакции на сифилис. Инкубационный период. Причины, влияющие на его продолжительность. Первичный период сифилиса.
74. Классификация. Клиническая характеристика типичного твердого шанкра, его разновидностей, атипичных форм и осложнений. Гистопатология твердого шанкра.
75. Регионарный лимфаденит и лимфангоит. Методы установления диагноза в первичном периоде сифилиса. Дифференциальная диагностика. Лечение.
76. Вторичный период сифилиса. Продолжительность, особенности течения. Проромальные явления. Клиническая и гистопатологическая характеристика высыпаний на коже и слизистых во вторичном периоде. Дифференциальная диагностика. Поражения нервной системы, костей, суставов, глаз, внутренних органов. Лечение.
77. Третичный период сифилиса. Частота и причины его развития, продолжительность, иммунитет. Клиническая и гистопатологическая характеристика. Дифференциальная диагностика кожных проявлений третичного сифилиса. Течение. Заразительность сифилиса в третичном периоде. Поражение костей, суставов, внутренних органов и нервной системы. Диагностика. Лечение.
78. Врожденный сифилис. Определение. Пути передачи инфекции потомству. Влияние сифилиса на течение и исход беременности. Сифилис плода. Клиника раннего врожденного сифилиса и позднего врожденного сифилиса. Скрытый ранний и поздний врожденный сифилис. Лечение.
79. Сифилис нервной системы. Классификация. Асимптомный менингит. Клинические разновидности асимптомного нейросифилиса. Диагностика. Лечение.
80. Сифилис внутренних органов. Поздние поражения сердечно-сосудистой системы, пищеварительного тракта, дыхательной системы, других органов (клиника, гистопатология, дифференциальная диагностика). Лечение висцерального сифилиса.
81. Лечение больных сифилисом. Препараты пенициллина и альтернативные антибиотики. Механизм действия, дозировка, методики лечения; побочные явления и осложнения, их лечение и профилактика; противопоказания. Понятие о серорезистентности при сифилисе.
82. Особенности лечения сифилиса у беременных. Превентивное лечение. Критерии излеченности сифилиса. Профилактика сифилиса первичная и вторичная. Средства индивидуальной профилактики.
83. Гонорея. Возбудитель гонореи, его морфология, ультраструктура и биология. Изменчивость. Источники инфекции. Пути распространения гонорейной инфекции, ее влияние на организм. Инкубационный период.
84. Методы лабораторной диагностики (бактериоскопический, бактериологический, молекулярно-биологические).
85. Клиника, диагностика острого и хронического гонорейного уретрита у мужчин. Клиника, диагностика осложненной гонореи у мужчин. Простатиты. Эпидидимиты.

86. Особенности клинического течения, диагностика и осложнения гонорейного процесса у женщин. Особенности клинического течения и диагностики гонореи у девочек в настоящее время, клиника и лечение.
87. Классификация гонореи, клиника. Принципы и методы лечения гонореи. Первичная и вторичная профилактика гонореи.
88. Урогенитальный трихомониаз. Возбудитель заболевания. Эпидемиология. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения (диагностика, лечение).
89. Урогенитальный хламидиоз. Возбудитель заболевания. Классификация. Клиника, методы лабораторной диагностики. Лечение, профилактика. Осложнения урогенитального хламидиоза (диагностика, лечение). Болезнь Рейтера (этиология, патогенез, клиника, лечение).
90. Микоплазмоз. Клиника, диагностика, лечение. Неспецифические и резидуальные уретриты (этиология, клиника, диагностика, лечение).
91. Бактериальный вагиноз. Определение. Клиника, диагностика, лечение.
92. Урогенитальный кандидоз. Характеристика возбудителя. Клиника, диагностика, лечение.
93. Первичная и вторичная профилактика ИППП.
94. Мягкий шанкр (шанкроид). Возбудитель. Инкубационный период. Клинические проявления. Смешанный шанкр. Методы диагностики. Лечение. Профилактика.
95. Аногенитальный герпес. Особенности клинического течения, дифференциальный диагноз. Влияние ВПГ на репродуктивное здоровье мужчин и женщин. Герпес и беременность. Лечение аногенитальной герпетической инфекции.
96. ВИЧ-инфекция. Характеристика возбудителя. Клинические проявления. Пути передачи ВИЧ-инфекции. Диагностика. Принципы терапии. Профилактика.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1

1. Анатомия кожи. Строение эпидермиса, дермы, подкожно- жировой клетчатки.
2. Favus; черепитчатый микоз. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Склередема Бушке. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Гистопатология. Лечение и прогноз

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №2

1. Кровеносные и лимфатические сосуды, нервно-рецепторный аппарат кожи.
2. Плесневые поражения ногтей и кожи. Этиология. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Дерматомиозит. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Гистопатология. Лечение и прогноз.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокоев

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №3

1. Придатки кожи- волосы, потовые железы, сальные железы, ногти, строение, функции.
2. Кандидоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая классификация, клиника поверхностных форм. Хронический генерализованный (гранулематозный) кандидоз. Кандидоз внутренних органов (патогенез, клиника).
3. Чесотка. Характеристика возбудителя. Условия заражения. Клинические проявления, осложнения. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика. Укусы клещей и других насекомых. Волосатик. Цистицеркоз кожи.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

С.И. Исаенко

Х.А. Намиток

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №4

1. Диагностика кандидоза (микроскопическая, культуральная, серологическая, гистологическая, эксперимент на животных).
2. Особенности строения кожи детей.
3. Туберкулез кожи. Возбудитель. Поражение кожи как одно из проявлений общей туберкулезной инфекции. Клинические формы туберкулеза кожи. Патогенез.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №5

1. Клиническая характеристика и гистопатология основных форм кожного туберкулеза. Диагностика. Принципы лечения. Профилактика. Организация борьбы с распространением туберкулеза в Российской Федерации.
2. Лечение кандидоза. Системные антимикотики, Противогрибковые препараты для наружного применения.
3. Физиология и биохимия кожи.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокоев

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №6

1. Поверхностные псевдомикозы, эритразма. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
2. Связь кожи с другими органами и системами.
3. Лепра. Распространение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические разновидности. Диагностика. Лечение. Профилактика. Организация борьбы с лепрой в РФ.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №7

1. Участие кожи в водном, минеральном, белковом, углеводном, витаминном, ферментном и жировом обменах.
2. Глубокие микозы. Аспергиллёз, споротрихоз, хромомикоз, актиномикоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Кожный лейшманиоз (болезнь Боровского), кожно-слизистый лейшманиоз. Вобудитель. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокоев

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №8

1. Основные функции кожи – защитная, терморегуляционная, выделительная, резорбционная, дыхательная, рецепторная. Кожа как орган чувств. Основные патологические процессы в коже.
2. Дерматиты. Определение, этиология, патогенез, триггерные факторы, клиническая классификация, лечение, профилактика.
3. Инфекции, передаваемые половым путем. Сифилис. Возбудитель. Условия заражения сифилисом. Пути распространения сифилитической инфекции. Иммуитет, реинфекция, суперинфекция. Экспериментальный сифилис, его значение. Общее течение, периодизация сифилиса. Понятие о скрытом и «злокачественном» сифилисе.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

«Майкопский государственный технологический университет»

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №9

1. Признаки острого воспаления кожи. Акантолиз, акантоз, вакуольная дегенерация, гиперкератоз, папилломатоз, паракератоз, спонгиоз, баллонизирующая дегенерация, гранулез. Дисхромии. Атрофии. Опухолевый процесс.
2. Токсидермия. Определение, этиология, патогенез, триггерные факторы, клиническая классификация, лечение, профилактика.
3. Серодиагностика сифилиса. Биологически ложноположительные реакции на сифилис. Инкубационный период. Причины, влияющие на его продолжительность. Первичный период сифилиса.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокوف

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №10

1. Морфологические элементы кожных сыпей — первичные и вторичные, их характеристика и значение для постановки диагноза, гистопатология. Изменения волос. Изменения ногтей. Нарушение пото- и салоотделения.
2. Экзема. Определение, этиология, патогенез, триггерные факторы, клиническая классификация, лечение, профилактика.
3. Классификация. Клиническая характеристика типичного твердого шанкра, его разновидностей, атипичных форм и осложнений. Гистопатология твердого шанкра.

Председатель ГЭК
Зав. кафедрой



С.И. Исаенко
Х.А. Намитокоев

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №11

1. Атопический дерматит. Этиология. Патогенез. Роль наследственности, эндо и экзогенных факторов. Основные нозологические формы. Их гистопатологическая характеристика. Методы клинической и лабораторной диагностики. Лечение. Профилактика.
2. Методика обследования дерматологического больного.
3. Регионарный лимфаденит и лимфангоит. Методы установления диагноза в первичном периоде сифилиса. Дифференциальная диагностика. Лечение.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №12

1. Пчесуха. Этиология. Патогенез. Роль наследственности, эндо и экзогенных факторов. Основные нозологические формы. Их гистопатологическая характеристика. Методы клинической и лабораторной диагностики. Лечение. Профилактика.
2. Вопросы деонтологии в дерматологии.
3. Вторичный период сифилиса. Продолжительность, особенности течения. Прдромальные явления. Клиническая и гистопатологическая характеристика высыпаний на коже и слизистых во вторичном периоде. Дифференциальная диагностика. Поражения нервной системы, костей, суставов, глаз, внутренних органов. Лечение.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Исаенко

Нами

С.И. Исаенко

Х.А. Намиток

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №13

1. Общие принципы системной и наружной терапии кожных болезней.
2. Кожный зуд. Этиология. Патогенез. Роль наследственности, эндо и экзогенных факторов. Основные нозологические формы. Их гистопатологическая характеристика. Методы клинической и лабораторной диагностики. Лечение. Профилактика.
3. Третичный период сифилиса. Частота и причины его развития, продолжительность, иммунитет. Клиническая и гистопатологическая характеристика. Дифференциальная диагностика кожных проявлений третичного сифилиса. Течение. Заразительность сифилиса в третичном периоде. Поражение костей, суставов, внутренних органов и нервной системы. Диагностика. Лечение.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокوف

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №14

1. Особенности клинического течения дерматозов в детском возрасте. Принципы наружной терапии дерматозов у детей.
2. Крапивница. Этиология. Патогенез. Роль наследственности, эндо и экзогенных факторов. Основные нозологические формы. Их гистопатологическая характеристика. Методы клинической и лабораторной диагностики. Лечение. Профилактика.
3. Врожденный сифилис. Определение. Пути передачи инфекции потомству. Влияние сифилиса на течение и исход беременности. Сифилис плода. Клиника раннего врожденного сифилиса и позднего врожденного сифилиса. Скрытый ранний и поздний врожденный сифилис. Лечение.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №15

1. Физиотерапия в дерматологии. Противопоказания: абсолютные, относительные.
2. Лихены кожи. Псориаз. Красный плоский лишай. Красный отрубевидный волосистой лишаи. Розовый лишай. Этиология, патогенез, роль наследственных факторов, клинические разновидности, диагностические феномены, их гистологическое объяснение, принципы общего и наружного лечения в различные стадии болезни, профилактика, сан-кур лечение.
3. Сифилис нервной системы. Классификация. Асимптомный менингит. Клинические разновидности асимптомного нейросифилиса. Диагностика. Лечение.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №16

1. Пиодермия. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, гистопатология отдельных форм пиодермий.
2. Вирусные болезни кожи. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
3. Сифилис внутренних органов. Поздние поражения сердечно-сосудистой системы, пищеварительного тракта, дыхательной системы, других органов (клиника, гистопатология, дифференциальная диагностика). Лечение висцерального сифилиса.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №17

1. Фолликулит. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника,
2. Простой пузырьковый лишай. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
3. Лечение больных сифилисом. Препараты пенициллина и альтернативные антибиотики. Механизм действия, дозировка, методики лечения; побочные явления и осложнения, их лечение и профилактика; противопоказания. Понятие о серорезистентности при сифилисе.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Исаенко

Намитоков

С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №18

1. Сикоз стафилококковый. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника,
2. Опоясывающий лишай. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
3. Особенности лечения сифилиса у беременных. Превентивное лечение. Критерии излеченности сифилиса. Профилактика сифилиса первичная и вторичная. Средства индивидуальной профилактики.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №19

1. Фурункул. Фурункулез. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника,
2. Остроконечные кондиломы. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
3. Гонорея. Возбудитель гонореи, его морфология, ультраструктура и биология. Изменчивость. Источники инфекции. Пути распространения гонорейной инфекции, ее влияние на организм. Инкубационный период.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намиток

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №20

1. Карбункул. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника
2. Бородавки. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
3. Методы лабораторной диагностики (бактериоскопический, бактериологический, молекулярно-биологические).

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокوف

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №21

1. Гидраденит. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника
2. Узелки доильщиц. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
3. Клиника, диагностика острого и хронического гонорейного уретрита у мужчин. Клиника, диагностика осложненной гонореи у мужчин. Простатиты. Эпидидимиты.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокоев

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №22

1. Импетиго. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника
2. Контагиозный моллюск. Этиология, классификация и общая характеристика вирусов, патогенез вирусной инфекции, провоцирующие факторы. Гистопатология. Клинические формы. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
3. Особенности клинического течения, диагностика и осложнения гонорейного процесса у женщин. Особенности клинического течения и диагностики гонореи у девочек в настоящее время, клиника и лечение.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №23

1. Эктима. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника
2. Профессиональные болезни кожи. Определение. Значение профессиональных факторов и реактивности организма в развитии профессиональных дерматозов. Клинические формы. Диагностическое значение кожных проб. Лечение. Диспансеризация и трудоустройство больных. Профилактика. Влияние различных профессиональных факторов на течение кожных болезней.
3. Классификация гонореи, клиника. Принципы и методы лечения гонореи. Первичная и вторичная профилактика гонореи.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитокоев

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

«Майкопский государственный технологический университет»

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №24

1. Хроническая глубокая язвенная и вегетирующая пиодермия. Лечение и профилактика пиодермий.
2. Пузырные дерматозы. Этиология. Патогенез. Патогистология. Акантолиз. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюоресцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
3. Урогенитальный трихомониаз. Возбудитель заболевания. Эпидемиология. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения (диагностика, лечение).

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Исаенко

Намитоков

С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №25

1. Микозы кожи. Возбудители. Пути заражения. Морфология и физиология патогенных грибов. Клиническая классификация микозов.
2. Истинная пузырчатка. Этиология. Патогенез. Патогистология. Акантолиз. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюоресцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
3. Урогенитальный хламидиоз. Возбудитель заболевания. Классификация. Клиника, методы лабораторной диагностики. Лечение, профилактика. Осложнения урогенитального хламидиоза (диагностика, лечение). Болезнь Рейтера (этиология, патогенез, клиника, лечение).

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №26

1. Кератомикозы. Разноцветный лишай, пьедра (этиология, клиника, диагностика, лечение).
2. Хронический семейный доброкачественный пемфигус. Этиология. Патогенез. Патогистология. Акантолиз. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюоресцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
3. Микоплазмоз. Клиника, диагностика, лечение. Неспецифические и резидуальные уретриты (этиология, клиника, диагностика, лечение).

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №27

1. Паховая эпидермофития. Этиология, эпидемиология, клиника, лечение.
2. Пемфигус глаз. Этиология. Патогенез. Патогистология. Акантолиз. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюоресцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
3. Бактериальный вагиноз. Определение. Клиника, диагностика, лечение.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №28

1. 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).
2. Пемфигоид. Этиология. Патогенез. Патогистология. Акантолиз. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюоресцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
3. Урогенитальный кандидоз. Характеристика возбудителя. Клиника, диагностика, лечение.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

С.И. Исаенко

Х.А. Намитокоев

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №29

1. Онихомикозы. Распространенность, этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Лечение.
2. Герпетиформный дерматит Дюринга. Этиология. Патогенез. Патогистология. Акантолиз. Методы клинической и лабораторной диагностики. Иммунофлюоресцентная диагностика пузырных дерматозов. Лечение. Прогноз.
3. Первичная и вторичная профилактика ИППП.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №30

1. Микроспория. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
2. Системные заболевания соединительной ткани. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Гистопатология. Лечение и прогноз.
3. Мягкий шанкр (шанкроид). Возбудитель. Инкубационный период. Клинические проявления. Смешанный шанкр. Методы диагностики. Лечение. Профилактика.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



[Handwritten signature in blue ink]

[Handwritten signature in blue ink]

С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №31

1. Поверхностная трихофития. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
2. Красная волчанка. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Гистопатология. Лечение и прогноз.
3. Аногенитальный герпес. Особенности клинического течения, дифференциальный диагноз. Влияние ВПГ на репродуктивное здоровье мужчин и женщин. Герпес и беременность. Лечение аногенитальной герпетической инфекции.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»
Факультет послевузовского профессионального образования
Кафедра инфекционных болезней, дерматовенерологии и фтизиатрии

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (3 этап)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №32

1. Зооантропонозная трихофития. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
2. Ограниченная склеродермия. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Гистопатология. Лечение и прогноз
3. ВИЧ-инфекция. Характеристика возбудителя. Клинические проявления. Пути передачи ВИЧ-инфекции. Диагностика. Принципы терапии. Профилактика.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



С.И. Исаенко

Х.А. Намитоков