

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Тульский государственный университет»

Медицинский институт  
Кафедра «Пропедевтика внутренних болезней»

Утверждено на заседании кафедры  
«Пропедевтика внутренних болезней»  
«19» января 2023 г., протокол № 6

И.о.зав. кафедрой

Ю.Л.Веневцева

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ (ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ) ДЛЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И  
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО  
ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)**

**«Дерматовенерология»**

**основной профессиональной образовательной программы  
высшего образования – программы специалитета**

по специальности

**31.05.01 Лечебное дело**

с направленностью (профилем)

**Лечебное дело**

Форма обучения: очная

Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-23

Тула 2023 год

**ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ**  
**фонда оценочных средств (оценочных материалов)**

**Разработчики:**

Руднева Г.С., доцент каф.ПВБ, к.м.н.

(ФИО, должность, ученая степень, ученое звание)



(подпись)

## **1. Описание фонда оценочных средств (оценочных материалов)**

Фонд оценочных средств (оценочные материалы) включает в себя контрольные задания и (или) вопросы, которые могут быть предложены обучающемуся в рамках текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине. Указанные контрольные задания и (или) вопросы позволяют оценить достижение обучающимся планируемых результатов обучения по дисциплине, установленных в соответствующей рабочей программе дисциплины, а также сформированность компетенций, установленных в соответствующей общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

Полные наименования компетенций представлены в общей характеристике основной профессиональной образовательной программы.

## **2. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения текущего контроля успеваемости обучающихся по дисциплине**

### **Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-7; код компетенции ОПК-7.1**

1. Укажите наиболее эффективные методы лечения обычных бородавок:

1. Диатермокоагуляция
2. Средство с 30% мочевиной
3. Криодеструкция
4. Мометозон мазь 0,1%
5. Такролимус мазь 0,1%

2. Для местного лечения пиодермий применяют следующие средства:

1. Фукорцин
2. Мупирацин мазь 2%
3. Хлоргесидин
4. Бетаметазон + фузидовая кислота крем
5. Салициловый спирт 2%

3. Лечение больного чесоткой предусматривает:

1. Применение эмульсии бензилбензоата
2. Применение УФО
3. Назначение серной мазей
4. Исключение острой пищи
5. Применение пермитрина

4. Укажите, какие из нижеперечисленных средств необходимы для лечения неосложненной чесотки:

1. Гидрокортизоновая мазь
2. 2% борная мазь
3. 5% салициловая мазь
4. 33% серная мазь
5. 5% нафталиновая мазь

5. При острой фазе экземы назначают:

- 1) примочки
- 2) мази
- 3) пасты
- 4) окклюзионные повязки с редуцирующими мазями

5) тепловые физиопроцедуры.

6. При грибковом поражении волос необходимо:

1. Провести эпиляцию (для теста КОН)
2. Применить аппликации кортикостероидных мазей
3. Назначить системный антимикотик
4. Назначить антибиотик широкого спектра действия
5. Назначить физиопроцедуры

7. В стадии мокнутия при дисгидротической форме эпидермофитии для наружной терапии необходимо применять:

1. Присыпки
2. Мази
3. Взбалтываемые взвеси («болтушки»)
4. Примочки
5. Спиртовые протирания

8. Для лечения отрубевидного лишая применяют:

1. Шампунь кетоконазол
2. Спрей тербинафин
3. Эритемное УФ-облучение
4. 5% салициловый спирт
5. Втирание кортикостероидных мазей

9. Итраконазол является препаратом:

1. Противовоспалительным
2. Противовирусным
3. Противопротозойным
4. Фунгистатическим
5. Антибактериальным

10. Для лечения тяжелых и среднетяжелых форм псориаза применяются:

1. узкополосная фототерапия 311 нм
2. метотрексат
3. блокаторы интрелейкина 17
4. блокаторы интрелейкина 23
5. итраконазол

### **Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-7; код компетенции ОПК-7.2**

1. Папула образуется в результате:

- а) экссудации
- б) пролиферации

2. Основные клинические формы псориаза:

- а) вульгарный
- б) атрофический
- в) пустулезный
- г) артропатический

3. Возможная локализация фурункула:

- а) область шеи

- б) слизистая полости рта
- в) область спины
- г) губы
- д) голени

4. При дискоидной красной волчанке наблюдаются:

- а) анемия
- б) лейкоцитоз
- в) высокое СОЭ
- г) лейкопения

5. В группу кератомикозов входят:

- а) микроспория
- б) отрубевидный лишай
- в) кандидозы

6. При псориазе поражаются:

- а) кожа
- б) волосы
- в) ногти
- г) суставы
- д) слизистые оболочки полости рта

7. При сифилисе берется материал для исследования на бледную трепонему из:

- а) твердого шанкра
- б) эрозивных папулезных сифилидов
- в) гумм
- г) бугорковых сифилидов
- д) розеола

8. Патогномоничные признаки врожденного сифилиса включают:

- а) специфическая пузырьчатка
- б) диффузная инфильтрация кожи Гохзингера
- в) специфический ринит (сухой, катаральный, язвенный)
- г) остеохондрит
- д) пневмония

9. Пути заражения гонореей:

- а) половой
- б) гемотрансфузионный
- в) трансмиссивный

10. Методы диагностики хламидиоза:

- а) бактериоскопия
- б) бактериология
- в) ПЦР-диагностика
- г) ИФА

11. Первичным элементом при герпесе является:

- а) папула
- б) пустула
- в) везикула
- г) булла

12. Наиболее часто встречающиеся заболевания кожи у ВИЧ-инфицированных:

- а) чесотка
- б) псориаз
- в) герпес
- г) саркома Капоши
- д) себорейный дерматит

13. Укажите принципы диагностики микозов:

1. Сбор эпидемиологического анамнеза
2. Люминесцентный метод (лампа Вуда)
3. Микроскопия (КОН-тест)
4. Культуральный метод
5. Серологический метод

14. У женщины 52 лет без видимой причины на слизистой полости рта, коже туловища появились эрозии, крупные пузыри с вялой покрывкой, кожа отслаивается при трении. Процесс сопровождается затруднением глотания, болезненностью, отмечается снижение веса. В мазке отпечатке с пузыря определяются клетки с гигантскими гиперхромными ядрами. Ваш наиболее вероятный клинический диагноз:

1. Опоясывающий лишай
2. Токсический эпидермальный некролиз
3. Простой пузырьковый лишай
4. Фитодерматит
5. Вульгарная пузырчатка

**Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-7; код компетенции ОПК-7.3**

1. Укажите среди перечисленных диагнозов глубокие формы стрептодермии:

1. Эпидермическая пузырчатка новорожденных
2. Стрептококковое импетиго
3. Околоногтевая фликтена
4. Эктима вульгарная

2. Укажите, какие терапевтические рекомендации целесообразны для больных фурункулезом:

1. Антибиотики широкого спектра действия
2. Диета с ограничением углеводов
3. Витамины А, В, С
4. Системные кортикостероиды

3. Показаниями для назначения системных антибиотиков:

1. Импетиго вульгарное
2. Фурункул
3. Заеда
4. Гидраденит

4. Для диагностики отрубевидного (разноцветного) лишая применяются все методы, кроме:

1. Люминесцентного
2. Пробы Бальцера
3. Микроскопического (КОН-тест)
4. Аллерготестирования

5. Какие факторы способствуют заражению эпидермофитией:

1. Пользование общей обувью
2. Наличие в семье больной кошки
3. Посещение бань, душевых, бассейнов
4. Пользование общими головными уборами

6. При кандидозе в основном поражаются:
- A. Ногтевые валики
  - B. Слизистые оболочки
  - C. Углы рта
  - D. Паховые складки
  - E. Все перечисленное верно
7. Источником заражения руброфитии является:
- A. Человек
  - B. Кошка
  - C. Собака
  - D. Корова
  - E. Мышь
8. Микроспория— это дерматоз, относящийся к группе:
- A. Кератомикозов
  - B. Трихомикозов
  - C. Псевдомикозов
  - D. Кандидозов
  - E. Глубоких микозов
9. Возникновение какого из перечисленных вирусных дерматозов у взрослого диктует необходимость строгой изоляции его от детей:
- A. Плоские бородавки
  - B. Опоясывающий герпес
  - C. Подошвенные бородавки
  - D. Остроконечные бородавки
  - E. Простой герпес
10. Укажите наиболее частое осложнение чесотки:
- A. Вторичная пиодермия
  - B. Сепсис
  - C. Рубцовая атрофия кожи
  - D. Флегмона
  - E. Все перечисленное
11. Какие клинические признаки характерны для атопического дерматита у взрослых
- 1. Симптом Денье-Моргана
  - 2. Лихеноидные поражение складок
  - 3. Белый дермографизм
  - 4. Поражение разгибательной поверхности плечей
12. В патогенезе атопического дерматита важную роль играют:
- A. сенсибилизация к экзогенным факторам
  - B. Психоэмоциональные нарушения
  - C. Генетическая предрасположенность
  - D. Все перечисленное верно
13. Отметьте нетипичную локализацию высыпаний при атопическом дерматите у взрослых:
- A Лицо
  - B Ягодицы
  - C Шея

## D Локтевые сгибы

1. Какие из перечисленных ниже мероприятия проводятся при медикаментозной токсидермии, развившейся от перорального приема антибиотиков:
  - A. Прекращение приема медикамента
  - B. Обильное питье
  - C. Диуретики
  - D. Противовоспалительная местная терапия
  - E. Все перечисленное верно
2. Какие из приведенных утверждений соответствуют диагнозу гонорейного уретрита:
  1. Эта инфекция поражает только мужчин
  2. В клинической картине преобладают обильные гнойные выделения из уретры и боли при мочеиспускании
  3. При лечении эффективны препараты из группы имидазола
  4. При лечении эффективны антибиотики цефалоспоринового ряда
3. Какой вид провокации наиболее эффективен при проведении контрольного обследования больного после лечения уретрита:
  - A Химическая
  - B Механическая
  - C Алиментарная
  - D Комбинированная
  - E Биологическая

**Задача 1.**

Мужчина, 45 лет, по профессии маляр, обратился к дерматологу с жалобами на высыпания на лице в области усов и бороды. Из анамнеза известно, что болен около года, лечился самостоятельно различными спиртовыми протираниями без существенного эффекта. После применения горячего компресса количество сыпи резко увеличилось. Сопутствующие заболевания: хронический гайморит. При осмотре: на коже лица в области бороды и усов на фоне незначительной гиперемии множественные рассеянные фолликулярные папулы и пустулы, местами за счет перифолликулярного воспаления образующие сливные очаги, покрытые гнойными корками. Субъективных ощущений нет.

1. Ваш предположительный диагноз?
  - 1) вульгарные угри
  - 2) вульгарный сикоз
  - 3) розацеа

**Эталон ответа: 2**

2. Объясните возможные причины заболевания и причину последнего обострения.
  - 1) масляные краски
  - 2) влажный компресс
  - 3) стафилококк

**Эталон ответа: 2,3**

3. С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз и какое исследование необходимо провести для его исключения?
  - 1) паразитарный сикоз
  - 2) сифилис вторичный
  - 3) серологические реакции на сифилис



4) исследование на патогенные грибы

**Эталон ответа:** 1,3

**Эталон ответа:** 1,3

### **Задача №2.**

На прием к врачу пришел мужчина, 25 лет, с жалобами на появление распространенных высыпаний, сопровождающихся сильным ночным зудом. Из анамнеза известно, что в детстве страдал детской экземой. До сих пор употребление цитрусовых у него вызывает зуд и высыпания в локтевых сгибах и подколенных ямках. Больной по роду своей профессиональной деятельности (журналист) часто бывает в командировках. Появление распространенного зуда больной связывает с плохими санитарно-гигиеническими условиями в гостинице по месту последней командировки. При осмотре: в межпальцевых складках кистей, на сгибательных поверхностях лучезапястных суставов, локтях, бедрах и животе имеются многочисленные папуло-везикулезные элементы, величиной до 3 - 4 мм в диаметре, располагающиеся парами, а также точечные и линейные экскориации, в областей локтей - точечные кровянистые корочки. Субъективно: выраженный ночной зуд.

1. Ваш предположительный диагноз?

- 1) аллергический дерматит
- 2) атопический дерматит
- 3) чесотка

**Эталон ответа:** 3

2. Какие данные анамнеза необходимо уточнить?

- 1) нарушения диеты
- 2) контакт с аллергеном
- 3) наличие зуда у членов семьи

**Эталон ответа:** 3

3. Какое исследование нужно провести больному для подтверждения клинического диагноза?

- 1) кожные пробы
- 2) реакции на сифилис
- 3) исследование на чесоточного клеща

**Эталон ответа:** 3

4. Назначьте лечение.

- 1) пермитрин
- 2) антигистамины
- 3) серная мазь

**Эталон ответа:** 1,3

### **Задача №3.**

К врачу-окулисту обратилась больная 65 лет по поводу покраснения, шелушения и легкого зуда кожи век. Больная наблюдается у данного врача в течение 5 лет с диагнозом катаракты правого глаза. Постоянно закапывает в глаза витаминные капли по назначению врача. В последние два месяца стала ощущать дискомфорт в виде жжения и покраснения кожи век и конъюнктивы, что связывает с ухудшением зрения и недостаточной коррекцией его очками. Объективно: кожа век слегка отечна и гиперемирована. На этом фоне имеются немногочисленные мелкие чешуйки. Слизистая поверхность век и глазного яблока гиперемирована, отмечается инъекция сосудов склер.

1. Ваше мнение относительно диагноза.

- 1) вирусный конъюнктивит
- 2) аллергический контактный дерматит
- 3) периоральный дерматит

**Эталон ответа:** 2

2. Что могло явиться причиной заболевания?

- 1) глазные капли
- 2) клещ железница
- 3) хламидии

**Эталон ответа:** 1

3. Какие дополнительные методы обследования надо провести, чтобы подтвердить или опровергнуть предположительный диагноз?

- 1) посев на флору
- 2) кожные пробы
- 3) исследование на клеща

**Эталон ответа:** 2

#### **Задача №4.**

К Вам обратилась мама с ребенком, девочка, 4 лет, по поводу высыпаний на коже тыла кистей, предплечий и туловища. Болеет 3 года. Заболевание протекает волнообразно, причем обострения его чаще всего бывают связаны с погрешностями в диете, в частности после употребления шоколадных конфет, а иногда и без видимой причины. Кожа тыла кистей и сгибательной поверхности предплечий умеренно инфильтрирована и отечна, имеет ярко-розовый цвет. На этом фоне -многочисленные мелкие папулы, микровезикулы, участки мокнутия. На груди, животе, ягодицах разбросаны слегка отечные эритематозно-сквамозные высыпания различных размеров и очертаний с нечеткими границами. Субъективно — умеренный зуд.

1. Поставьте клинический диагноз.

- 1) атопический дерматит/экзема
- 2) крапивница
- 3) болезнь Дюринга

**Эталон ответа:** 1

2. Назначьте лечение.

- 1) антигистаминные препараты
- 2) наружные кортикостероидные препараты
- 3) системные кортикостероиды 3-5 дней

**Эталон ответа:** 1,2,3

3. Наметьте меры профилактики рецидивов.

- 1) контроль за уровнем сахара крови
- 2) избегать контакт с водой
- 3) питание с исключением легкоусвояемых углеводов

**Эталон ответа:** 3

#### **Задача №5**

К Вам обратилась больная 24 лет, медицинская сестра, с жалобами на высыпания и зуд кожи кистей. По ее наблюдениям, высыпания появляются всякий раз после того, как ей приходится готовить раствор фурацилина. После прекращения контакта с этим препаратом сыпь и зуд быстро исчезают. При осмотре на коже кистей - разлитая гиперемия и отечность, множество мелких пузырьков и эрозий. Субъективно: слабый зуд, жжение.

1. Поставьте предположительный диагноз.

- 1) простой дерматит
- 2) аллергический контактный дерматит
- 3) токсидермия

**Эталон ответа:** 2

2. Каковы пути уточнения диагноза?

- 1) аллергологические пробы
- 2) выявление специфических антител
- 3) элиминационная диета

**Эталон ответа:** 1,2

### 3. Какова профилактика рецидивов?

- 1) соблюдение диеты
- 2) избегать контакт с фурациллином
- 3) смена места работы

**Эталон ответа:** 2,3

### Задача №6

На прием к врачу обратилась девушка, 23 лет, с жалобами на высыпания на верхних и нижних конечностях, сопровождающиеся выраженным зудом. Болея около 4 месяцев. Появление сыпи связывает с сильным эмоциональным стрессом. Принимала антигистаминные препараты без эффекта. При осмотре: высыпания на сгибательной поверхности предплечий, в области запястий и поясницы представлены многочисленными мелкими папулами полигональных очертаний, розовато-сиреневого цвета, размером 0,3-0,4 см в диаметре, с восковидным блеском и пупковидным вдавлением в центре. На передней поверхности голеней сыпь представлена крупными гипертрофированными папулами синевато-красного и коричневого цвета, с бородавчатыми наслоениями на их поверхности. Субъективно: выраженный зуд.

**Какие диагностические феномены смогут помочь в установлении диагноза?**

- 1) феномен Уикхема
- 2) феномен Ауспитца
- 3) феномен восковидного блеска

**Эталон ответа:** 1,3

### Задача №7

К Вам обратилась мама с ребенком, девочка, 13 лет, по поводу изменений кожи волосистой части головы, сопровождающихся зудом. Болея 1 год. Процесс начался с волосистой части головы, затем распространился на ушные раковины. При осмотре: на волосистой части головы отмечается большое количество отрубевидных серовато-белых чешуек. Волосы сухие, потерявшие блеск. Кожа заушных областей гиперемирована, отечна, местами – участки мокнутия, наслоения рыхлых, желтоватых, легко удаляемых корок. Субъективно – умеренный зуд.

1. Какие формы лекарственных средств для наружной терапии следует применять в данном случае:

- 1) кремы
- 2) лосьоны
- 3) шампуни

**Эталон ответа:** 2,3

## 3. Оценочные средства (оценочные материалы) для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

**Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-7; код компетенции ОПК-7.1**

1. Назовите препараты, применяемые при лечении грибковых заболеваний волосистой части головы:

1. бетаметазон мазь
2. гризеофульвин
3. нистатин
4. антигистаминные препараты

2. Укажите препараты, обычно применяемые в местной терапии кожной формы красной волчанки:

1. Эпителизирующие мази
2. Кортикостероидные мази с антибиотиками

3. Кератолитические мази
4. Антибактериальные мази
5. Фторсодержащие кортикостероидные мази

3. Какие утверждения неверны в отношении антигистаминных препаратов?

1. Оказывают гистаминопектическое действие
2. Являются H1 блокаторами
3. Являются H2 блокаторами
4. Оказывают противозудное действие
5. Являются H3 блокаторами

4. В местной терапии вульгарных угрей используют:

1. адапален
2. бензоил-пероксид
3. азелаиновая кислота
4. бетаметазон
5. такролимус

5..В лечении вульгарных угрей используют:

- 1.антибиотики тетрациклинового ряда
- 2.УФ облучение (общее и местное)
- 3.криомассаж жидким азотом
- 4.антиандрогенные препараты
- 5.системные ретиноиды

6. В терапии гнездной алопеции используют:

- 1.кортикостероидные гормоны
- 2.антибиотики тетрациклинового ряда
- 3.вазодилататоры
- 4.антигистаминные препараты
- 5.витамины группы В

7. В местной терапии розацеа используют:

1. ивермектин
2. электрокоагуляцию телеангиоэктазий
- 3.примочки из настоев лекарственных средств
- 4.криомассаж жидким азотом
5. кортикостероидные мази

8.. Укажите наиболее эффективные препараты для купирования рецидива простого герпеса:

1. ацикловир
2. тетрациклин
3. валацикловир
4. метронидазол
5. фамацикловир

9. Укажите наиболее эффективные методы лечения контагиозного моллюска:

1. 5% салициловая мазь
2. диатермокоагуляция
3. мазь ацикловир
4. механическое удаление
5. УФО

**Задача №1.**

У пациентки, страдающей ожирением II ст., наблюдается поражение крупных складок: аксиллярных, паховых, под молочными железами. Процесс представлен эритематозными высыпаниями кирпично-красного цвета с чёткими границами, округло-овальных очертаний, с муковидным шелушением на поверхности. Субъективные ощущения отсутствуют.

1. Назовите предположительный диагноз.

- 1) эритезма
- 2) эпидермофития
- 3) кандидоз

**Эталон ответа:** 1

2. Наметьте план обследования больной с целью уточнения диагноза.

- 1) исследование на патогенные грибы
- 2) исследование на сифилис
- 3) бактериологическое исследование

**Эталон ответа:** 3

3. Назначьте лечение.

- 1) бактробан
- 2) кандид
- 3) нурофен

**Эталон ответа:** 1

**Задача №2**

У пятилетнего ребёнка, посещающего среднюю группу детского сада, выявлена микроспория волосистой части головы и гладкой кожи (лицо, шея).

1. Назначьте ребёнку противогрибковое лечение.

- 1) гризеофульвин
- 2) азитромицин
- 3) клотримазол крем

**Эталон ответа:** 1

2. Какие профилактические мероприятия следует провести в детском саду?

- 1) влажная уборка
- 2) осмотр всех детей дерматологом
- 3) изоляция больного

**Эталон ответа:** 2,3

**Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-7; код компетенции ОПК-7.2**

1. Назовите причины, вызывающие простой дерматит:

- 1 Кипяток
- 2 Горчичники
- 3 Ультрафиолетовые лучи
- 4 Косметические кремы

2. Какие из перечисленных элементов сыпи составляют клиническую картину кожного зуда:

- A. Папулы
- B. Волдыри
- C. Эрозии
- D. Везикулы
- E. Экскориации

3. Кроме кожи, при красном плоском лишае могут поражаться:

1. Суставы
  2. Слизистые оболочки
  3. Волосы
  4. Ногти
4. В первичном периоде сифилиса у больных могут встречаться следующие признаки:
1. Твердый шанкр
  2. Отрицательный комплекс серологических реакций (КСР)
  3. Положительный комплекс серологических реакций (КСР)
  4. Широкие кондиломы
5. Укажите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз пустулезного сифилида:
1. Вульгарное импетиго
  2. Вульгарная эктима
  3. Вульгарные угри
  4. Вульгарный псориаз
6. Укажите заболевания, при которых появляется розеола:
1. Токсидермия
  2. Сифилис
  3. Респираторные вирусные инфекции
  4. Красный плоский лишай
7. Для дисгидротической эпидермофитии стоп характерны следующие симптомы:
1. Везикуляция
  2. Зуд
  3. Эрозии
  4. Лихенификация
8. Назовите заболевание, обусловленное грибом рода *Trichophyton*:
- A. Отрубевидный лишай
  - B. Эритезма
  - C. Вульгарный сикоз
  - D. Опоясывающий лишай
  - E. Паразитарный сикоз
9. О каком общем заболевании в первую очередь следует думать при возникновении рецидива опоясывающего герпеса:
- A. Хронический активный гепатит
  - B. Глистная инвазия
  - C. Инфекция ВИЧ на стадии СПИДа
  - D. Хронический лимфолейкоз
  - E. Хроническая почечная недостаточность
10. Какие клинические симптомы не бывают у больных первичным сифилисом:
1. Лентикулярные папулы туловища
  2. Шанкр-панариций
  3. Сифилитическая алопеция
  4. Регионарный лимфаденит
11. При локализации на миндалинах твердый шанкр может иметь форму:
1. Язвенную
  2. Комбинированную — язвенную на фоне ангиноподобной
  3. Ангиноподобную
  4. Флегмонозную
12. Какие из перечисленных признаков характерны для опоясывающего герпеса:
1. Пузырьки

2. Эрозии
  3. Невралгии
  4. Частые рецидивы
13. Укажите наиболее характерный признак чесотки:
- A. Инфильтрация в очагах поражения
  - B. Экзематизация в очагах поражения
  - C. Импетигинизация в очагах поражения
  - D. Ночной зуд
  - E. Полиаденит
14. Что характерно для вторичных сифилидов:
1. Отсутствие островоспалительных явлений
  2. Болезненность
  3. Самопроизвольное исчезновение
  4. Асимметричность высыпаний
15. Укажите признаки вторичного периода сифилиса:
1. Мелкоочаговое облысение
  2. Фурункулез
  3. Лейкодерма
  4. Чесоточные ходы

**Перечень контрольных вопросов и заданий для оценки сформированности компетенции ОПК-7; код компетенции ОПК-7.3**

1. Клиническая картина первичного периода сифилиса характеризуется следующими признаками:
  1. Твердым шанкром
  2. Регионарным лимфаденитом
  3. Регионарным лимфангитом
  4. Розеолезной сыпью на туловище
2. Какие из перечисленных признаков характерны для типичного твердого шанкра:
  1. Пластинчатый инфильтрат в основании язвы
  2. Полициклические очертания
  3. Блюдцеобразные края
  4. Обильное гнойное отделяемое
3. Какие из перечисленных признаков характерны для типичного твердого шанкра:
  1. Пластинчатый инфильтрат в основании язвы
  2. Полициклические очертания
  3. Блюдцеобразные края
  4. Обильное гнойное отделяемое
4. "Дежурные бляшки" при псориазе:
  1. На лице
  2. На ладонях и подошвах
  3. На туловище
  4. На локтях и коленях
5. У больного 30 лет на коже разгибательных поверхностей конечностей, волосистой части головы и туловища имеются в большом количестве крупные отечные бляшки ярко-красного цвета, покрытые чешуйко-корками, занимающими всю поверхность высыпаний. Субъективно: умеренный зуд в очагах. Болен 10 лет. Летом процесс смягчается. Выберите наиболее вероятный диагноз:

- A. Вульгарный псориаз, прогрессирующая стадия зимний тип
  - B. Вульгарный псориаз, стационарная стадия, зимний тип
  - C. Экссудативный псориаз, прогрессирующая стадия, зимний тип
  - D. Экссудативный псориаз, стационарная стадия зимний тип
  - E. Экссудативный псориаз, регрессивная стадия, зимний тип
6. Укажите характерны симптомы для дискоидной красной волчанки:
- 1. Эритема
  - 2. Фолликулярный гиперкератоз
  - 3. Рубцовая атрофия
  - 4. Лихенификация
7. Для микроспории волосистой части головы наиболее характерным признаком является:
- A. Эритема
  - B. Мокнутие
  - C. Зуд
  - D. Обломанные волосы
  - E. Шелушение
8. Назовите клинические формы эпидермофитии стоп:
- A. Интертригинозная
  - B. Дисгидротическая
  - C. Стертая
  - D. Сквamousно-гиперкератотическая
  - E. Все перечисленное верно
9. Для типичного твердого шанкра не характерны:
- 1. Правильные округлые или овальные очертания
  - 2. Гладкое, блестящее дно
  - 3. Блюдцеобразные края
  - 4. Болезненность
10. Укажите атипичные формы твердого шанкра:
- 1. Шанкр-амигдалит
  - 2. Шанкр-панариций
  - 3. Индуративный отек
  - 4. Гангренозный шанкр
1. Назовите меры вторичной профилактики при хроническом кожном эритематозе:
- 1. Курортотерапия на Черном море
  - 2. Профилактический прием препаратов хинолинового ряда в весенне-летний период
  - 3. Гипоаллергенная диета
  - 4. Применение фотозащитных кремов на открытых участках тела
2. Назовите характерные клинические признаки бляшечной склеродермии:
- 1. Желтовато-белый цвет, блестящая поверхность
  - 2. Выпадение волос и сглаживание кожного рисунка
  - 3. Деревянистая плотность
  - 4. Уменьшение пото- и салоотделения в очаге
3. Укажите диагностический симптом для подтверждения д/з пузырчатки



- A. Феномен Кебнера
  - B. Проба Бальцера
  - C. Симптом Пинкуса
  - D. Реакция Манту
  - E. Симптом Никольского
4. Папулезные высыпания при вторичном сифилисе имеют следующие разновидности:
- 1. Себорейные
  - 2. Псориазиформные
  - 3. Нуммулярные
  - 4. Широкие кондиломы
5. Сифилитическая гумма является:
- A. Невоспалительным узлом
  - B. Отеком сосочкового слоя дермы
  - C. Инфекционной гранулемой
  - D. Папулезным доброкачественным новообразованием
  - E. Все перечисленное верно
6. К особенностям третичного сифилиса следует отнести:
- 1. Наивысшее состояние инфекционной аллергии
  - 2. Склонность к фиксации поражений на местах травм
  - 3. Низкая напряженность иммунитета
  - 4. Отрицательный КСР у 1/3 больных
7. Укажите, какой из перечисленных экзогенных факторов имеет значение в развитии пиодермии:
- A. Микротравмы
  - B. Загрязнение кожи
  - C. Переохлаждение
  - D. Перегревание
  - E. Все вышеперечисленное
8. При лечении пиодермии противопоказано применение:
- 1. Сухого тепла
  - 2. УФО
  - 3. УВЧ
  - 4. Водных процедур
9. Назовите характерные клинические признаки стрептококковых пустул:
- 1 Приуроченность к салным железам
  - 2 Приуроченность к потовым железам
  - 3 Приуроченность к волосяным фолликулам
  - 4 Приуроченность к складкам кожи
10. К особенностям проявлений третичного сифилиса можно отнести:
- 1. Волнообразное течение
  - 2. Длительные сроки развития поражения
  - 3. Незначительное число бледных трепонем
  - 4. Ничтожная заразительность
11. Врожденный сифилис передается:
- A. Через гены

- В. Через хромосомы
- С. Через плаценту
- Д. Через сперму
- Е. Все перечисленное верно

12.. Исходом диффузной инфильтрации Гокзингера в окружности рта является:

- А. Гладкий рубец
- В. Мозаичный рубец
- С. Звездчатый рубец
- Д. Признак Авситидийского
- Е. Радиарные рубцы Робинсона—Фурнье

13. Назовите препараты, применяемые при лечении грибковых заболеваний волосистой части головы:

- 1. Бетаметазон
- 2. Гризеофульвин
- 3. Нистатин
- 4. Такролимус

14. Для дисгидротической эпидермофитии стоп характерны следующие симптомы:

- 1. Везикуляция
- 2. Зуд
- 3. Эрозии
- 4. Лихенификация

15. Для микроспории волосистой части головы наиболее характерным признаком является:

- А. Эритема
- В. Мокнутие
- С. Зуд

16. Проявления врожденного сифилиса на коже могут быть аналогичны сифилидам следующих периодов приобретенного сифилиса:

- 1. Третичного латентного
- 2. Вторичного свежего
- 3. Вторичного рецидивного
- 4. Третичного активного

17. Абсолютные признаки позднего врожденного сифилиса включают:

- 1. Гетчинсоны зубы
- 2. Паренхиматозный кератит
- 3. Лабиринтную глухоту
- 4. Аксифоидею

18. К специфическим препаратам, применяемым для лечения больных сифилисом, относятся:

- 1. Препараты пенициллина
- 2. Пирогенные препараты
- 3. Препараты висмута
- 4. Витамины

19. Назовите клинические формы эпидермофитии стоп:

- А. Интертригинозная
- В. Дисгидротическая
- С. Стертая
- Д. Сквамозно-гиперкератотическая
- Е. Все перечисленное верно

20. Назовите заболевание, обусловленное грибом рода *Trichophyton*:

- A. Отрубевидный лишай
- B. Эритезма
- C. Вульгарный сикоз
- D. Опоясывающий лишай
- E. Паразитарный сикоз

21. О каком общем заболевании в первую очередь следует думать при возникновении рецидива опоясывающего герпеса:

- A. Хронический активный гепатит
- B. Глистная инвазия
- C. Инфекция ВИЧ на стадии СПИДа
- D. Хронический лимфолейкоз
- E. Хроническая почечная недостаточность

22. Условиями назначения неспецифической терапии сифилиса является:

- 1. Поздняя форма заболевания
- 2. Врожденный сифилис
- 3. Сопутствующие заболевания
- 4. Непереносимость антибиотиков

23. Какова интенсивность введения больному сифилисом бензилпенициллина по 400 000 ЕД, чтобы поддерживать его трепонемотидную концентрацию 0,03 ЕД/мл в сыворотке крови:

- A. Каждые 12 час
- B. Каждые 3 час
- C. Каждые 6 час
- D. Каждые 8 час
- E. Каждые 24 час

24. Укажите препараты, которые могут быть использованы в лечении пациента, страдающего трихомонадным уретритом:

- 1. Доксициклин
- 2. Тинидазол
- 3. Нистатин
- 4. Трихопол

**Задача 1.** Больная С., 58 лет, обратилась с жалобами на покраснение кожи лица, высыпания гнойничкового характера в области щек, подбородка, сопровождающиеся интенсивным зудом. Больная страдает гастритом 6 лет., сахарным диабетом средней тяжести в течение 7 лет, головными болями. При осмотре: процесс носит распространенный подострый характер, локализуется в области щек, носогубной складки, подбородка, лба, где на фоне гиперемии, телеангиэктазий имеются папуло-пустулезные элементы, имеющие тенденцию группироваться с явлением инфильтрации и муковидным шелушением.

Поставьте диагноз.

Назначить лечение.

**Задача 2.** Больная Т., 33 лет, инвалид II группы. Ранее наблюдалась в различных лечебных учреждениях города. Периоды обострения процесса сменялись длительными ремиссиями. Обострения не зависели от времени года и погоды. Больная жаловалась на общее недомогание, слабость, субфебрильную температуру, боли в мышцах, суставах, эритематозно-буллезные высыпания на лице, туловище и конечностях.

На лице, груди, спине высыпания эритематозного характера размером от 2х3 до 8х12 см, различной формы, с фестончатыми краями. На тыле кистей, предплечьях, гленях и тыле стоп высыпания размером 2х2 см округлые, цианотической окраски с западением в центре; на лице – в форме бабочки без явлений атрофии и гиперкератоза. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Диагноз ?

Назначить лечение.

**Задача 3.** Больной С., 23 лет. Жалобы на отек, гнойнички и боли в левой половине лица, повышение температуры до 38 °С, головные боли, боль в левом глазу, бессонницу. Заболел остро 5 дней назад, когда появился зуд в области левой носогубной складки, затем пузырьковая сыпь, жжение, сыпь по всему телу. При осмотре состояние средней тяжести. Больной возбужден, ориентирован во времени и пространстве, на вопросы отвечает правильно, температура – 38,2 °С. Левая половина лица отечна, гиперемирована, отек распространяется на левую височную область. Из-за отека век глазная щель слева не открывается. На фоне отека везикулопустулезные элементы, корки темно-коричневого, черного цвета, размером 4,5х1 и 4,5х2 см, с неровными краями, мелкофестончатыми очертаниями. Над наружным углом глаза – сгруппированные пузырьковые элементы. На коже туловища, шеи, верхних конечностей диффузная сыпь в виде папул, пустул, везикул с серозным содержимым. Элементы округлой формы, размерами от чечевицы до булавочной головки с четкими границами. Сыпь расположена на неизменной коже.

Диагноз ?

Назначить лечение.

**Задача 4..** Больная Н., 46 лет, поступила в кожное отделение областного кожно-венерологического диспансера с жалобами на сопровождающиеся жжениями высыпания в области шеи, поясницы, в складках под молочными железами. Впервые единичные пузыри появились 15 лет назад на коже спины, высыпания рецидивировали во время менструаций. Вначале кожный процесс был ограниченным, но в 1990 г. во время беременности и особенно после родов принял распространенный характер: очаги поражения стали возникать в области шеи, спины, в складках под молочными железами. Получала без эффекта ДДС кортикостероидные гормоны (до 9 таблеток в сутки), антибиотики, витамины, местное лечение.

В мазках-отпечатках с поверхности эрозий обнаружены акантолитические клетки до 10 – 15 в поле зрения.

*Гистологическое исследование:* роговой слой разрыхлен, в отдельных полях зрения акантоз. Встречаются супрабазальные пузыри с заключенными в них отторгнувшимися эпителиальными клетками и нейтрофилами. Дном пузырей является один слой базальных клеток вокруг вытянутых сосочков дермы (*villi*). Отдельные пузыри расположены в верхних частях шиповатого слоя. В некоторых полях зрения встречается акантолиз. В дерме в расширенных сосочках видны полнокровные расширенные капилляры, а также густой инфильтрат из лимфоцитов с примесью гистиоцитов и эозинофилов.

При поступлении в стационар кожный процесс локализовался на большей части спины, шеи, в складках под молочными железами. На этих участках имелись характерные эритематозные бляшки с мелкими пузырями (диаметром до 0,2 см), эрозии с полициклическими краями, местами покрытые желтоватыми корками. Под молочными железами кожа мацерирована, на этом фоне извитые трещины в виде «мозговых извилин». Симптом Никольского отрицательный.

Диагноз ?

Назначить лечение.

**Задача 5.** Больной А., 15 лет, болен с августа 2011 г., когда появились узелковые высыпания на коже лица, а затем шеи и груди, временами сопровождающиеся небольшим зудом. До поступления в стационар проводилось лечение различными наружными средствами безрезультатно.

Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания, уравновешен. Со стороны внутренних органов и ЦНС патологических отклонений не выявлено, видимые слизистые чистые. На лице, шее и груди узелковые высыпания от просяного зерна до спичечной головки, плотноватой консистенции, с уплощенной поверхностью, сливающиеся в кольца красновато-бурого цвета диаметром от 10 до 20 мм с восковидным блеском. На отдельных папулах определяются пупковидное вдавление, шелушение, гиперкератоз без признаков атрофии. Субъективно ощущается незначительный зуд.

Исследование на грибы пушковых волос и соскоба эпидермиса, взятых из очага поражения дало отрицательный результат. Сетка Уикхема не выявляется, симптом Пospelова и реакция Кебнера отрицательные.

Произведена биопсия кожи из очага поражения. *Гистологическое исследование*: неравномерный акантоз и гранулез, гиперкератоз, эпидермальные отростки неравномерно удлинены и заострены. В верхней части дермы проникающий в эпидермис массивный лимфоидно-гистиоцитарный инфильтрат с меланфорами. Нейрофибриллы не обнаруживаются, дерма коллагенизирована.

Диагноз ?

Назначить лечение.