



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Рабочая программа	«Государственной итоговой аттестации»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа ординатуры по специальности 31.08.32 Дерматовенерология
Квалификация (специальность)	Врач-дерматовенеролог
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра дерматовенерологии и лабораторной диагностики

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Жильцова Елена Егоровна	д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Косорукова Светлана Александровна	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Мартынов Владимир Александрович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Филиппов Евгений Владимирович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой

Одобрено учебно-методической комиссией по ординатуре и аспирантуре.
Протокол № 7 от 26.06.2023 г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023 г.

Нормативная справка.

Рабочая программа «Государственной итоговой аттестации» разработана в соответствии с:

ФГОС ВО	Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 № 1074 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.32 Дерматовенерология»
Порядок организации и осуществления образовательной деятельности	Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее – ФГОС ВО).

Задачами государственной итоговой аттестации является определение сформированности у обучающихся основных компетенций, установленных ФГОС ВО, и оценка готовности обучающихся к решению профессиональных задач в соответствии с видами профессиональной деятельности, на которые ориентирована образовательная программа.

Компетенции выпускника, сформированность которых оценивается на государственной итоговой аттестации

Универсальные компетенции (УК):

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

Профессиональные компетенции (ПК):

- 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 и факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризация и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при

- ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
 - 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);
 - готовность к ведению и лечению пациентов с различными заболеваниями (ПК-6);
 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
 - 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).

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы, 108 академических часов.

Государственная итоговая аттестация в полном объеме относится к базовой части Блока 3 ОПОП ординатуры.

Процедура проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией, состав которой утверждается приказом ректора не позднее чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации. Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации не

позднее 31 декабря года, предшествующего году проведения государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация обучающихся проводится в форме государственного экзамена (междисциплинарного).

Программа государственной итоговой аттестации, включая критерии оценки результатов сдачи государственного экзамена, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся, не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Все экзаменационные материалы для проведения государственного междисциплинарного экзамена обсуждаются на заседаниях учебно-методических комиссий и утверждаются на заседании учебно-методического совета Университета.

Срок проведения государственной итоговой аттестации определяется расписанием, которое составляется в соответствии с учебным планом, утверждается ректором и доводится до сведения обучающихся, председателя и членов государственных экзаменационных комиссий и апелляционных комиссий, секретарей государственных экзаменационных комиссий не позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения первого государственного аттестационного испытания.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Структура и содержание государственной итоговой аттестации в форме государственного экзамена

Государственный экзамен по специальности 31.08.32 Дерматовенерология включает в себя несколько аттестационных испытаний и проводится в три этапа: I этап - тестирование; II этап - оценка практических навыков и умений; III этап - собеседование.

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен:

1. Выдающиеся отечественные дерматовенерологи: А.Г. Полотебнов, Т.П. Павлов, О.Н. Подвысоцкая, А.И.Поспелов, П.В.Никольский.
2. Строение эпидермиса.
3. Строение дермы и гиподермы.
4. Строение сальных желез.
5. Потовые железы: строение, разновидности, функции.
6. Строение волоса.
7. Строение ногтя.
8. Функции кожи: нервно-рецепторная, терморегуляторная, секреторно-экскреторная, дыхательная, резорбтивная, защитная, иммунологическая, пигментообразовательная.
9. Кровоснабжение кожи. Особенности питания эпидермиса.

10. Первичные морфологические элементы (пятно, папула, волдырь, бугорок, узел, пузырек, пузырь, гнойничок): определение, характеристика, пути регресса, клинические примеры.
11. Вторичные морфологические элементы (чешуйка, корка, эрозия, язва, ссадина, трещина, рубец, рубцевидная атрофия, лихенификация, вегетация): определение, характеристика, пути регресса, клин. примеры.
12. Патогистологические изменения в эпидермисе: гиперкератоз, паракератоз, акантоз, гранулез, акантолизис. Клинические примеры.
13. Типы серозного воспаления в эпидермисе: вакуольная, балонирующая дегенерация, спонгиоз их характеристика, клинические примеры.
14. Истинный и ложный полиморфизм, клинические примеры.
15. Методика обследования дерматологического больного (специальный статус).
16. Дерматологические тесты в диагностике некоторых кожных заболеваний (псориаз, красный плоский лишай, пузырчатка, туберкулез, атопический дерматит, красная волчанка, сифилис и др.).
17. Антигистаминные препараты в лечении алергодерматозов.
18. Современные противогрибковые средства.
19. Иммунотропная терапия в дерматовенерологии.
20. Противовирусные средства.
21. Топические стероиды в лечении кожных заболеваний.
22. Эмоленты в практике дерматолога.
23. Поверхностные стафилококковые пиодермии: клиника, лечение, профилактика.
24. Множественные абсцессы у детей (псевдофурункулез): этиология, клиника, лечение, профилактика.
25. Эпидемическая пузырчатка новорожденных: этиология, эпидемиология, клиника, лечение, профилактика.
26. Фурункул: этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика. Понятие о множественных фурункулах, фурункулезе.
27. Гидраденит: этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.
28. Стрептококковое импетиго: клинические разновидности, лечение, профилактика.
29. Принципы и методы общего лечения пиодермий.
30. Чесотка: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, методы лечения, профилактика.
31. Педикулез: этиология, эпидемиология, клиника, лечение, профилактика.
32. Отрубевидный лишай: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
33. Микроспория: возбудители, источники, пути передачи, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

34. Поверхностная и хроническая трихофития: возбудители, источник, пути передачи, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
35. Инфилтративно-нагноительная трихофития: возбудители, источники, пути передачи, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
36. Кандидоз кожи и слизистых оболочек: этиология, особенности патогенеза, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
37. Клинические формы микоза стоп с выраженными воспалительными явлениями: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
38. Клинические формы микоза стоп со слабо выраженными воспалительными явлениями: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
39. Онихомикозы: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, методы лечения, профилактика.
40. Дерматиты: клинические формы, их характеристика, лечение.
41. Истинная экзема: патогенез, клиника, лечение.
42. Себорейная экзема: особенности патогенеза, клиника, лечение.
43. Микробная экзема: патогенез, особенности клиники, лечение.
44. Атопический дерматит: этиопатогенез, клиника возрастных периодов, принципы терапии.
45. Токсикодермия: этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика.
46. Крапивница: этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика рецидивов.
47. Кожный зуд: план обследования для выявления причины, принципы терапии.
48. Отек Квинке: этиопатогенез, клиника, оказание первой помощи.
49. Этиология, патогенез, диагностика туберкулеза кожи.
50. Индуративный туберкулез кожи: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.
51. Туберкулезная волчанка: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, осложнения, диспансеризация.
52. Папуло-некротический туберкулез кожи: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.
53. Скрофулодерма: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.
54. Лепра: этиология, эпидемиология, клинические разновидности, диагностика, лечение, профилактика.
55. Склеродермия: этиопатогенез, клинические разновидности и их характеристика, лечение, диспансеризация.
56. Красная волчанка: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.
57. Вульгарные угри: патогенез, клиника, принципы лечения.
58. Алопеция: этиопатогенез, клинические разновидности, принципы диагностики и лечения.

59. Простой пузырьковый лишай: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение.
60. Опоясывающий лишай: этиология, патогенез, клиника, лечение.
61. Бородавки: вульгарные и плоские (юношеские). Этиология, патогенез, клиника, лечение.
62. Папиллома вирусная инфекция: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
63. Истинная пузырчатка: этиопатогенез, разновидности, клиника, методы диагностики, лечение, диспансеризация.
64. Дерматит Дюринга: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.
65. Пемфигоид Левера: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.
66. Красный плоский лишай: этиопатогенез, клиника, лечение.
67. Псориаз: современные методы общей терапии.
68. Псориаз: современные методы наружного лечения.
69. Болезнь Дарье: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.
70. Болезнь Девержи: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.
71. Узловатая эритема: этиопатогенез, клиника, течение, лечение, профилактика рецидивов.
72. Многоформная экссудативная эритема: этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика рецидивов.
73. Витилиго: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.
74. Доброкачественные опухоли кожи.
75. Злокачественные опухоли кожи.
76. Экспертиза временной нетрудоспособности в дерматовенерологии.
Порядок выдачи листков нетрудоспособности.
77. Этиология и эпидемиология сифилиса.
78. Общее течение сифилитической инфекции.
79. Первичный период сифилиса: особенности течения, клиника.
80. Первичная сифилома: клиника, диагностика.
81. Дифференциальная диагностика первичной сифиломы.
82. Осложнения первичной сифиломы.
83. Клинические разновидности первичной сифиломы.
84. Атипичные формы первичной сифиломы: шанкр-панариций, шанкр-амигдалит, индуративный отек.
85. Регионарный склераденит, полиаденит, сроки возникновения, клиника.
86. Общая характеристика вторичного периода сифилиса.
87. Сифилитическая розеола: разновидности, клиника, дифференциальная диагностика.

88. Папулезные сифилиды: разновидности, клиника, дифференциальная диагностика.
89. Пустулезные сифилиды: разновидности, клиника.
90. Поражение слизистых оболочек во вторичном периоде сифилиса.
91. Сифилитическая лейкодерма: клиника, дифференциальная диагностика.
92. Поражение волос при сифилисе: клиника, дифференциальная диагностика.
93. Третичный период сифилиса: условия и причины развития, общая характеристика.
94. Бугорковый сифилид: разновидности, клиника, дифференциальная диагностика.
95. Гуммозный сифилид: разновидности, клиника, дифференциальная диагностика.
96. Ранний врожденный сифилис: кожные сыпи, их характеристика.
97. Ранний врожденный сифилис: поражение внутренних органов и костей.
98. Несомненные признаки позднего врожденного сифилиса, их характеристика.
99. Вероятные признаки позднего врожденного сифилиса.
100. Сифилитические дистрофии.
101. Принципы диагностики сифилиса по периодам.
102. Серодиагностика сифилиса.
103. Принципы терапии сифилиса. Виды лечения.
104. Средства терапии сифилиса.
105. Профилактика сифилиса: общественная и индивидуальная.
106. Гонококковая инфекция: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
107. Хламидийная инфекция: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
108. Трихомониаз: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
109. Микоплазменные инфекции уrogenитального тракта: этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
110. Бактериальный вагиноз: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Процедура проведения государственного экзамена:

Обучающийся во время проведения государственного экзамена – выбирает вариант тестового задания, задание для оценки практических навыков, билет с 1 контрольным вопросом и 1 задачей для проведения собеседования. Время на подготовку не менее 30 минут.

Ответ обучающегося заслушивают не менее двух членов экзаменационной комиссии. Экзаменаторы имеют право задавать

обучающемуся уточняющие вопросы, которые вместе с ответами обучающегося заносятся в протокол.

Обучающимся и лицам, привлекаемым к государственной итоговой аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Нарушения обучающимся учебной дисциплины при проведении государственной итоговой аттестации пресекаются. В этом случае составляется акт о нарушении учебной дисциплины и выставляется оценка «неудовлетворительно».

К нарушениям учебной дисциплины во время государственной итоговой аттестации относятся:

- списывание (в том числе с использованием мобильной связи, ресурсов Интернет, а также литературы и материалов, не разрешенных к использованию на экзамене или зачёте);

- обращение к другим обучающимся за помощью или консультацией при подготовке ответа по билету или выполнении задания;

- прохождение государственной итоговой аттестации лицами, выдающими себя за обучающегося, обязанного сдавать экзамен.

Результаты государственного экзамена оцениваются по четырехбалльной системе: "отлично", "хорошо", "удовлетворительно", "неудовлетворительно". Оценки "отлично", "хорошо", "удовлетворительно" означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного экзамена объявляются обучающимся в день проведения экзамена после оформления и утверждения протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии.

Критерии оценки междисциплинарного государственного экзамена:

- оценка **«отлично»** выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему полное освоение компетенций, предусмотренных программой, системные знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения;

- оценка **«хорошо»** выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему достаточное освоение компетенций, предусмотренных программой, полное знание программного материала, способному к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;

- оценка **«удовлетворительно»** выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему недостаточно полное освоение компетенций, предусмотренных программой, обнаружившему достаточный уровень знания

основного программного материала, но допустившему погрешности при его изложении;

- оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, не продемонстрировавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

Перечень рекомендуемой литературы:

а) Основная литература:

1. Дерматовенерология: нац. рук. [Текст]: [с прил. на компакт-диске] / под ред. Ю.К. Скрипкина и др. – М.: Изд. группа «ГЭОТАР – Медиа», 2014. – 1021 с.
2. Дерматовенерология: нац. рук. Краткое изд. [Текст] / под ред. Ю.С. Бутова и др.- М.: Изд. группа «ГЭОТАР – Медиа», 2013. – 885 с.

б) Дополнительная литература:

1. Дифференциальная диагностика поражений ногтей: атлас [Текст] /Беран Роберт, Ханеке Экарт; пер. с англ. под ред. В.Ю. Васеновой. - М.: Изд. группа «ГЭОТАР – Медиа», 2011. – 195 с.: ил
2. Практические навыки в дерматовенерологии [Текст]: справ. для врачей / Т.В.Соколова, В.В.Гладько, Л.А. Сафонова; под.ред. Т.В. Соколовой. – М.: ООО «Мед. информ. агентство», 2011. – 130 с.
3. Атлас грибковых заболеваний / Пер. с англ. под ред. Сергеева Ю.В. – М.: Изд. группа «ГЭОТАР – Медиа», 2010. - 234 с.: ил.
4. Кожные и венерические болезни [Текст]: учеб. для студентов мед. вузов / Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанова, В.Г. Акимов. – М.: Изд. группа «ГЭОТАР – Медиа», 2009. - 538 с: ил.
5. Буллезные дерматозы (вопросы клинико-морфологической диагностики и морфогенеза по данным электронной и атомно-силовой микроскопии) / Краснояр. гос.мед.ун-т; Под ред. Прохоренкова В.И. и др.- Красноярск: ООО ИПЦ «КАСС», 2008. – 188 с.
6. Чесотка [Текст]: учеб.- метод. пособие. Соколова, Ю.В. Лопатина, А.П. Малярчук. – М.: АдамантЪ, 2008. – 64 с.
7. Атопический дерматит у детей: Рук. / Д.Ш. Мачарадзе. - М.: Изд. группа «ГЭОТАР- Медиа», 2007. - 380 с.: ил.- (Актуал. вопросы медицины; Нац. проект «Здоровье»).

www.rosminzdrav.ru	Приказы, учетно-отчетные формы, документация
http://www.cnikvi.ru/	Сайт Федерального государственного бюджетного учреждения "Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии" Министерства Здравоохранения Российской Федерации
http://www.cnikvi.ru/docs/2335_maket_30.pdf	Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Деловой экспресс, 2016. — 768 с.
http://www.lvrach.ru/	Архив журнала «Лечащий врач»
http://www.mediasphera.ru/dermatol/derm-mn.htm	Архив журнала «Вестник дерматологии и венерологии»
http://www.rmj.ru/	Архив «Русского медицинского журнала»
http://elibrary.ru/	Сайт Научной электронной библиотеки
http://www.internist.ru/	Всероссийский образовательный интернет-ресурс для врачей

Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке «Юрайт» biblio-online.ru
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.

Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года,

осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

Электронные учебники в системе ЭБС.

Режим доступа <http://www.studmedlib.ru>

1. Дерматовенерология [Электронный ресурс]: учебник / Чеботарев В.В., Тамразова О.Б., Чеботарева Н.В., А.В. Одинец - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425916.html>
2. Клиническая иммунология и аллергология с основами общей иммунологии [Электронный ресурс]: учебник / Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Мешкова Р.Я. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422410.html>

Примеры тестов с эталонами ответов:

1. В результате эволюции какого морфологического элемента образуется рубец
 - 1) папулы
 - 2) пузыря
 - 3) язвы
 - 4) эрозии
2. К методам терапии пиодермий относятся все, кроме:
 - 1) антибиотикотерапии
 - 2) цитостатической терапии
 - 3) физиотерапии
 - 4) специфической иммунотерапии
3. Болезнь Дарье является _____ дерматозом
 - 1) генетически обусловленным
 - 2) мультифакторным
 - 3) пятнистым
 - 4) пузырьным
4. Чесоточные элементы у взрослых не локализуются на
 - 1) кистях
 - 2) животе и ягодицах
 - 3) лице
 - 4) коже вокруг сосков
5. При регрессе папул образуется
 - 1) нормотрофический рубец
 - 2) гипо- или гиперпигментация

- 3) рубцовая атрофия
 - 4) гипертрофический рубец
6. Факторами риска в развитии бактериального вагиноза являются:
- 1) частая смена половых партнеров
 - 2) использование внутриматочных контрацептивов
 - 3) воспалительные заболевания половой сферы
 - 4) все вышеперечисленное
7. При гистологическом исследовании «клетки в плащах» наблюдаются при
- 1) болезни Девержи
 - 2) дискератозе Дарье
 - 3) витилиго
 - 4) фавусе
8. Изоморфная реакция – это
- 1) аллергическая реакция на раздражитель
 - 2) повышение температуры при введении антибиотика
 - 3) проявление контактного дерматита
 - 4) развитие новых высыпаний на месте механического раздражения кожи
9. Для клиники дискоидной красной волчанки не характерно появление
- 1) стойкой эритемы в виде «бабочки» на лице
 - 2) фолликулярного гиперкератоза
 - 3) уплотнения кожи цвета слоновой кости
 - 4) телеангиоэктазий
10. При дерматозе Дюринга не бывает
- 1) полиморфизма высыпаний
 - 2) интенсивного зуда кожи
 - 3) положительного симптома Никольского
 - 4) поражения слизистой полости рта
11. Здоровье населения рассматривается (изучается) как:
- 1) однофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды
 - 2) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению общей заболеваемости, без учета влияния факторов окружающей среды
 - 3) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды
 - 4) оценка показателей естественного движения населения

12. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются:

- 1) генетические
- 2) природно-климатические
- 3) социальные
- 4) все вышеперечисленное

Эталоны ответов

1.- 3	7.- 2
2.- 2	8.- 4
3.- 1	9.- 3
4.- 3	10.- 3
5.- 2	11.- 3
6.- 4	12.- 4

Примеры экзаменационных ситуационных задач с эталонами ответов:

Задача №1.

Женщина 36 лет обратилась впервые к дерматовенерологу на амбулаторный прием с жалобами на высыпания на кистях.

Из анамнеза известно, что больна в течение 2 месяцев, работает на кондитерской фабрике в течение 2,5 месяцев упаковщицей. При осмотре: в межпальцевых складках кистей отмечается гиперемия, линейные трещины размером до 0,5 см, на поверхности которых имеется белесоватый налет.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.

Задача №1.

Ответы.

1. Кандидоз кожи.
2. Микроскопическое исследование. Микробиологическое исследование.
3. Крем Сертаконазол 2 раза в день в течение 4-х недель на очаги поражения.

Задача №2.

Неонатолог обнаружил у ребенка на второй день после рождения пузыри на коже ладоней и подошв размером от 0,8 до 1 см в диаметре, увеличение размеров печени и селезенки. Для консультации был приглашен дерматовенеролог.

При осмотре дерматовенерологом: на коже ладоней и подошв пузыри размером до 1 см в диаметре с серозным содержимым, при пальпации отмечается увеличение размеров печени и селезенки и их уплотнение.

1. Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Перечислите 2 критерия диагностики данного заболевания.
3. Представляет ли ребенок эпидемиологическую опасность для окружающих. Обоснуйте ответ.

Задача №2.

Ответы.

1. Ранний врожденный сифилис. Диагноз поставлен на основании клинической картины.
2. Положительные серологические реакции. Обнаружение возбудителя в содержимом пузыря.
3. Представляет опасность в связи с возможностью заражения, так как в содержимом пузырей находится большое количество возбудителя данного заболевания.

Задача №3.

К дерматовенерологу обратилась женщина 45 лет с жалобами на появление зудящих высыпаний на лице.

Из анамнеза: больна в течение 2 дней, когда после применения нового крема для лица появились зудящие высыпания на лице, ничем не лечилась.

При осмотре: на лице яркая гиперемия и отек.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите 3 фактора, которые могут привести к развитию данного заболевания.
3. Назначьте лечение с учетом локализации высыпаний.

Задача №3.

Ответы.

1. Контактный дерматит.
2. Физические. Химические. Биологические.
3. Дезлоратадин 5 мг 1 раз в день внутрь в течение 7 дней, Дипроспан 1 мл в/м однократно, крем «Адвантан» 1 раз в день на высыпания в течение 7 дней.

Порядок подачи и рассмотрения апелляций:

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении порядка проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае принятия решения об удовлетворении апелляции результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные Университетом.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного аттестационного испытания и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
 высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
 имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
 (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

СОГЛАСОВАНО	УТВЕРЖДАЮ
<p>Начальник отдела аспирантуры, ординатуры и магистратуры А.В. Шаханов</p> <hr/> <p align="right">подпись</p> <p>« » 20 г.</p>	<p>проректор по учебной работе профессор О.М. Урясьев</p> <hr/> <p align="right">подпись</p> <p>« » 20 г.</p>

**Фонд оценочных средств
 для государственной итоговой аттестации**

выпускников по программам подготовки кадров высшей квалификации –
 программам ординатуры по специальности
31.08.32 Дерматовенерология

Лист утверждения и согласования

Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации для выпускников по программам подготовки кадров высшей квалификации – программам ординатуры по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (общее количество страниц 64):

1. Утвержден на заседании кафедры

Протокол № _____ от « ____ » _____ 2019 г.

Зав. кафедрой, доцент, д.м.н. _____/Е.Е. Жильцова
подпись

1. Утвержден на заседании учебно-методической комиссии по программам аспирантуры, ординатуры, магистратуры.

Протокол № _____ от « 14 » января 2020 г.

Председатель комиссии, к.м.н., доцент _____/Л.В. Твердова
подпись

2. Согласован с отделом образовательных программ на соответствие макету, учебному плану и наличию сопроводительной документации

Начальник отдела _____/А.А. Сидоров
подпись

3. Утвержден на заседании учебно-методического совета университета.

Протокол № _____ от ____ _____ 20__ г.

Матрица компетенций, сформированность которых оценивается на государственном экзамене

Номер билета и ситуационной задачи	Компетенции
1.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
2.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
3.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
4.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
5.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
6.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
7.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
8.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
9.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
10.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
Номер тестового задания	
1.	УК-1, УК-2, УК -3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
2.	УК-1, УК-2, УК -3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
3.	УК-1, УК-2, УК -3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенций:

Задача №1.

Женщина 36 лет обратилась впервые к дерматовенерологу на амбулаторный прием с жалобами на высыпания на кистях.

Из анамнеза известно, что больна в течение 2 месяцев, работает на кондитерской фабрике в течение 2,5 месяцев упаковщицей. При осмотре: в межпальцевых складках кистей отмечается гиперемия, линейные трещины размером до 0,5 см, на поверхности которых имеется белесоватый налет.

4. Предположите наиболее вероятный диагноз.
5. Перечислите дополнительные методы обследования.
6. Назначьте лечение.

Задача №1.

Ответы.

4. Кандидоз кожи.
5. Микроскопическое исследование. Микробиологическое исследование.
6. Крем Сертаконазол 2 раза в день в течение 4-х недель на очаги поражения.

Задача №2.

Неонатолог обнаружил у ребенка на второй день после рождения пузыри на коже ладоней и подошв размером от 0,8 до 1 см в диаметре, увеличение размеров печени и селезенки. Для консультации был приглашен дерматовенеролог.

При осмотре дерматовенерологом: на коже ладоней и подошв пузыри размером до 1 см в диаметре с серозным содержимым, при пальпации отмечается увеличение размеров печени и селезенки и их уплотнение.

4. Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте ответ.
5. Перечислите 2 критерия диагностики данного заболевания.
6. Представляет ли ребенок эпидемиологическую опасность для окружающих. Обоснуйте ответ.

Задача №2.

Ответы.

4. Ранний врожденный сифилис. Диагноз поставлен на основании клинической картины.
5. Положительные серологические реакции. Обнаружение возбудителя в содержимом пузыря.
6. Представляет опасность в связи с возможностью заражения, так как в содержимом пузырей находится большое количество возбудителя данного заболевания.

Задача №3.

К дерматовенерологу обратилась женщина 45 лет с жалобами на появление зудящих высыпаний на лице.

Из анамнеза: больна в течение 2 дней, когда после применения нового крема для лица появились зудящие высыпания на лице, ничем не лечилась.

При осмотре: на лице яркая гиперемия и отек.

4. Предположите наиболее вероятный диагноз.
5. Назовите 3 фактора, которые могут привести к развитию данного заболевания.
6. Назначьте лечение с учетом локализации высыпаний.

Задача №3.

Ответы.

4. Контактный дерматит.
5. Физические. Химические. Биологические.
6. Дезлоратадин 5 мг 1 раз в день внутрь в течение 7 дней, Дипроспан 1 мл в/м однократно, крем «Адвантан» 1 раз в день на высыпания в течение 7 дней.

Задача №4

К дерматологу обратилась женщина 72 лет с высыпаниями на коже туловища, сопровождающиеся сильной болезненностью и жжением.

Из анамнеза: больна в течение 3 дней, когда после переохлаждения на коже туловища появились высыпания, сопровождающиеся сильной болезненностью, ранее таких высыпаний не отмечала.

При осмотре: на коже грудной клетки справа, по ходу межреберных нервов покраснение, отечность, сгруппированные пузырьки и пузыри с серозным и геморрагическим содержимым.

1. Поставьте диагноз. Дайте его обоснование.

2. Перечислите 3 средства базовой терапии данного заболевания.
3. Назначьте лечение.

Задача №4.

Ответы.

1. Опоясывающий герпес. Диагноз поставлен на основании клинической картины и субъективных ощущений (боль).
2. Ацикловир. Валацикловир. Фамцикловир.
3. Валацикловир 1000 мг 3 раза в день внутрь в течение 7 дней, дипроспан 1 мл. в/м, однократно, нимесулид 100 мг 2 раза в день внутрь в течение 7 дней. Наружно раствор «Фукорцин» 2 раза в день на очаги, крем Девирс 2 раза в день на очаги.

Задача №5

На прием к дерматологу обратилась пациентка 25 лет с жалобами на появление высыпаний на лице.

Из анамнеза: больна в течение 1 месяца, начало появления высыпаний связывает с длительным пребыванием на солнце. Не лечилась.

При осмотре: на щеках с переходом на спинку носа имеются очаги, кожа в которых гиперемирована, инфильтрирована. Очаги покрыты не обильными плотно сидящими чешуйками. При попытке снять их пинцетом больная отстраняется из-за болезненности. На внутренней поверхности с трудом снимаемой чешуйки видны шипики.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте ответ
2. Назовите комбинацию из 2 базисных препаратов для системной терапии данного заболевания.
3. Назовите группу препаратов для наружной терапии данного заболевания. Обоснуйте ответ.

Задача №5.

Ответы.

1. Красная волчанка дискоидная. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза, клиники, клинико-диагностических феноменов (симптом Бенъе-Мещерского, симптом «дамского каблучка»).
2. Глюкокортикостероиды и антималярийные препараты.
3. Топические глюкокортикостероиды. Данная группа препаратов обладает противовоспалительным и иммуносупрессивным действием, влияя на основные звенья патогенеза красной волчанки дискоидной.

Задача №6.

К дерматологу обратилась мама с ребенком 7 лет с жалобами на появление очага разрежения волос на голове.

Из анамнеза: болен в течение 6 дней, когда появился очаг разрежения волос на голове. Известно, что ребенок играл с бродячим котенком приблизительно за 10 дней до появления очага.

При осмотре: в височной области справа очаг размером 2,5 см в диаметре. Кожа в очаге слегка гиперемирована, шелушится, волосы в очаге обломаны на уровне 5 – 8 мм.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите методы исследования в диагностике данного заболевания.
3. Назовите «золотой» стандарт системного лечения данной формы заболевания. Обоснуйте ответ.

Задача №6.

Ответы.

1. Микроспория волосистой части головы.
2. Микроскопический, культуральный для обнаружения возбудителя. Люминесцентный фильтр (лампа Вуда) для обнаружения изумрудно-зеленого свечения, характерного только для данного заболевания.
3. Гризеофульвин. Не достаточная эффективность современных противогрибковых препаратов в отношении возбудителя.

Задача №7.

К дерматологу обратилась девушка 16 лет с высыпаниями на кистях.

Из анамнеза: больна в течение 7 месяцев, когда на пальцах кистей стали появляться высыпания. Обратилась к врачу впервые.

При осмотре: на пальцах кистей имеются узелки цвета обычной кожи, в количестве 7 штук, размером от 3 до 4 мм в диаметре, слегка возвышающиеся над уровнем кожи, поверхность некоторых узелков неровная, с явлениями ороговения.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите условия заражения при данном заболевании.
3. Назовите методы деструктивной терапии при данном заболевании.

Задача №7.

Ответы.

1. Бородавки вульгарные.
2. Наличие высыпаний у источника заражения. Наличие микротравм кожи у контактного лица.
3. Криодеструкция. Диатермокоагуляция.

Задача №8.

От головной боли женщина 37 лет приняла таблетку салподоина. На следующий день появилась обильная, пятнистая, папулезная сыпь яркочерного цвета на коже лица, шеи, туловища, частично – на руках и ногах, сопровождающаяся сильным зудом. Температура тела повысилась до 38,2°C.

1. Поставьте диагноз. Назовите критерии диагностики данного заболевания.
2. Назначьте лечение.
3. Возможны ли рецидивы заболевания?

Задача №8.

Ответы.

1. Токсикодермия лекарственная. Клиника: распространенные высыпания, повышение температуры. Данные анамнеза: предшествующий высыпаниям прием лекарственного препарата.
2. Преднизолон в/м 60 мг в сутки в течение 5 дней, «Тавегил» 2 мл в/м 1 раз в день утром в течение 5 дней, дезлоратадин 5 мг 1 раз в день вечером в течение 7 дней. Наружно - топические стероиды, которые обладают мощным противоаллергическим действием – крем «Адвантан» на открытые участки кожи 1 раз в день, в течение 7 дней.
3. Возможны рецидивы заболевания, при повторном применении данного лекарственного препарата.

Задача №9.

К дерматологу обратился мужчина 46 лет, с жалобами на изменение ногтей на стопах.

Из анамнеза: болен в течение 20 лет, когда впервые стали появляться изменение ногтей на стопах. Пациент военнослужащий. Применял длительно для лечения наружные средства. При осмотре: все ногтевые

пластинки на стопах изменены: цвет от желтоватого до серого, тусклые, утолщенные. Свободные края ногтевых пластинок неровные, крошатся.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите источник при данном заболевании. Обоснуйте ответ.
3. Назовите 2 основные группы системных препаратов для лечения данного заболевания и длительность терапии.

Задача №9.

Ответы.

1. Онихомикоз стоп.
2. Больной человек. Данный вид грибов является антропофильным (то есть паразитируют только у человека).
3. Тербинафин. Итраконазол. От 4-х до 6 месяцев. В связи с длительным ростом ногтевой пластинки.

Задача №10.

К дерматовенерологу обратился мужчина 32 лет с жалобами на появление безболезненной язвы на коже головки полового члена. Из анамнеза: болен в течение 2-х недель, когда на коже головки полового члена появилась безболезненная язва размером около 1 см в диаметре, ранее к врачу не обращался, ничем не лечился. Эпидемиологический анамнез: больной холост, приблизительно 1,5 месяца назад он имел половую близость с малознакомой женщиной, другие половые контакты в течение последних 2 месяцев отрицает. При осмотре: на коже головки полового члена безболезненная язва размером 1 см в диаметре с ровными краями, мясо-красного цвета, с инфильтратом в основании; паховые лимфатические узлы увеличены с двух сторон, плотноэластической консистенции, безболезненные при пальпации. На остальных участках кожи и доступных осмотру слизистых высыпаний нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы обследования.
3. Назовите возбудителя данного заболевания.

Задача №10.

Ответы.

1. Сифилис первичный.
2. Микроскопическое исследование. Серологическое исследование.
3. Бледная трепонема.

Ответы на вопросы в билетах.

1. Клиника первичного периода сифилиса.

С момента появления твердого шанкра начинается **первичный период сифилиса**, который в среднем, длится 6 недель. При этом на каждой неделе появляется какой-либо новый клинический или лабораторный признак заболевания. Через неделю после возникновения твердого шанкра увеличиваются регионарные лимфатические узлы – возникает специфический бубон или регионарный лимфаденит, а еще через неделю происходит увеличение лимфатических узлов на противоположной стороне – перекрестный бубон.

Спустя 3 недели становится положительным комплекс серологических реакций (КСР). Отсюда первичный период делится на **первичный серонегативный**, когда КСР еще отрицательны, и **первичный серопозитивный**.

Через 4 недели после появления твердого шанкра отмечается увеличение основных групп лимфатических узлов, развивается сифилитический полиаденит.

Через 5 недель, в конце первичного периода, у 50% больных в результате генерализации сифилитической инфекции возникают продромальные явления: недомогание, бессонница, головные боли, потеря аппетита, повышенная раздражительность, ночные боли в мышцах и костях, иногда повышение температуры тела до субфебрильных цифр, ускорение СОЭ до 30-40 мм/час.

2. Микробная экзема: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

Микробная экзема-дерматоз, развивающийся преимущественно на фоне сенсibilизации к различным инфекционным факторам (грибковым, бактериальным). Очаги поражения располагаются асимметрично, на местах травмирования кожи и/или инфицированных ран, трофических язв, свищей и

др. Высыпания могут локализоваться на любых участках кожного покрова, но наиболее часто поражают кожу нижних конечностей. Характерно образование воспалительных, резко отграниченных от здоровой кожи очагов мокнутия различных размеров с наличием эритемы, умеренной инфильтрации, папул, везикул, эрозий. В отдельных случаях возможно появление пустул, гнойных, геморрагических или серозных корок. Высыпания сопровождаются зудом различной степени интенсивности. Очаги склонны к периферическому росту. Вокруг них на внешне здоровой коже могут появляться отсевы — отдельные мелкие пустулы или папулы, эритематозные шелушащиеся очаги. К разновидностям микробной экземы относят монетовидную (нуммулярную или бляшечную), паратравматическую, варикозную, сикозиформную экзему и экзему сосков.

Диагностика: клиническая, культуральное исследование с целью идентификации возбудителя.

Лечение: хлоропирамин 25 мг в/м 1 раз в сутки 10 дней, фексофенадин 180 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней, дексаметазон 0,004 мг – 1 мл 1 раз в сутки в течение 5 дней, амоксициллин + клавулановая кислота 875 мг+ 125 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней. Наружно: обработка кожи вокруг очагов спиртовым раствором фукоцина 2 раза в сутки в течение 10 дней. Аэрозоль неомицин 2 раза в день в течение 10 дней.

3. Атипичные формы твердого шанкра.

Различают следующие разновидности атипичных форм твёрдого шанкра: индуративный отек, шанкр-панариций и шанкр-амигдалит.

Индуративный отек развивается в местах, богатых лимфатическими сосудами. У женщин он локализуется на больших и малых половых губах, а у мужчин – в области полового члена и мошонки. Индуративный отек чаще бывает односторонним, при этом пораженный участок значительно (в 2-4 раза) увеличен. Характерной особенностью индуративного отека является неподатливая плотность при пальпации. Цвет кожи в области отека багрово-красный с синюшным оттенком, по периферии окраска ослабевает, бледнеет и без резких границ постепенно переходит в нормальный цвет кожи. Поражение может держаться долго: от нескольких недель до нескольких месяцев.

Шанкр-панариций. Чаще поражается ногтевая фаланга указательного пальца рабочей руки. Фаланга сильно припухает и принимает вид булавовидного вздутия. Кожа становится багрово-красной. Инфильтрат плотный, глубокий, захватывает все ткани вплоть до надкостницы. На этом фоне располагается глубокая язва, края ее извилисты, на дне – некроз. Субъективно беспокоят самопроизвольные боли. Течение шанкра-панариция всегда очень длительное – от нескольких недель до полугода.

Шанкр-амигдалит представлен значительно увеличенной в размерах, уплотненной миндалиной, имеющей синюшную окраску. Типичной особенностью является односторонняя локализация процесса. Увеличенная миндалина нередко занимает половину зева, в результате чего больной испытывает затруднение при глотании. Общее состояние обычно не изменяется. При пальпации шпателем ощущается выраженная плотность пораженной миндалины.

4. Осложнения твёрдого шанкра.

Баланит. При локализации твердого шанкра на головке полового члена вокруг него возникает покраснение кожи, отечность тканей, мацерация, образование эрозий различной величины с полициклическими очертаниями, отделяющих в большом количестве серозно-гнойный экссудат.

Баланопостит – это аналогичные изменения как на головке полового члена, так и на внутреннем листке крайней плоти.

Фимоз – состояние, при котором невозможно обнажить головку полового члена. Фимоз возникает за счет отека крайней плоти и сужения отверстия её. Половой член увеличен в объеме, кожа покрасневшая, отмечается болезненность. Из суженного отверстия препуциального мешка выделяется гной.

Парафимоз ("удавка"). При парафимозе крайняя плоть с суженным за счет отека и инфильтрации отверстием кольцевидно сдавливает, ущемляет головку. Последняя отекает, что еще больше затрудняет обратное вправление вплоть до явлений частичного омертвения.

Гангренизация. В центре первичной сифиломы из-за нарушения лимфо- и кровообращения образуется омертвление тканей, которое быстро распространяется внутрь и по всей поверхности сифиломы. Язва покрывается грязно-серым струпом. Гангренизация не переходит границ первичной сифиломы и не разрушает здоровую ткань.

Фагеденизация – это резко выраженная степень гангренизации. Некроз распространяется вглубь и по периферии твердого шанкра, последовательно омертвевает слой за слоем, захватывая и окружающие ткани.

5. Сифилитическая алопеция.

Сифилитическая алопеция наблюдается во вторичном периоде сифилиса. Различают три клинические разновидности её: мелкоочаговая, диффузная и смешанная.

Мелкоочаговая сифилитическая алопеция характеризуется появлением на волосистой части головы, особенно в височно-теменной и

затылочной областях, многочисленных мелких очагов облысения величиной до 1 см в диаметре, которые имеют округлые очертания, не сливаются между собой. В очагах поражения выпадают не все волосы, вследствие чего волосистая часть головы приобретает сходство с "мехом, изъеденным молью". Кожа на участках облысения не изменена. Мелкоочаговая алопеция также наблюдается в области бороды, усов, подмышечных впадин и лобка, иногда на бровях и ресницах.

Диффузное сифилитическая алопеция начинается обычно с висков и распространяется по всей волосистой части головы.

Смешанная сифилитическая алопеция наблюдается при сочетании мелкоочаговой и диффузной алопеции у одного и того же больного, когда на фоне диффузного поредения волос имеются также и мелкие очажки облысения.

Прогноз при всех видах сифилитической алопеции благоприятный участки облысения зарастают волосами.

6. Клинические признаки типичного твердого шанкра.

Твердый шанкр возникает в месте внедрения бледных трепонем, представлен эрозией (80%), язвой (20%).

1. *Количество* - чаще всего твёрдый шанкр единичный.
2. *Величина* - до 1 см в диаметре.
3. *Очертания* - геометрически правильные: овальные или округлые, "сифилис любит геометрию".
4. *Форма* – блюдцеобразная.
5. *Края* – ровные, чаще лежат на одном уровне с окружающей кожей, иногда валикообразно приподняты, инфильтрированы, по краю спускаются к центру, с четкими границами, без воспалительных явлений.
6. *Дно* - гладкое, блестящее, как бы полированное за счет скудного серозного отделяемого, ссыхающегося в тонкую пленку.
7. *Отделяемое* всегда незначительное, серозного характера, содержит большое количество бледных трепонем.
8. *Уплотнение в основании* твёрдого шанкра – весьма характерный его признак, отсюда и произошло название – "твёрдый шанкр".
9. *Цвет* - для твёрдого шанкра считаются типичными два оттенка: красный – цвет сырого, свежерезанного мяса или грязно-серый, тусклый, зависящий от фибринозного налета, плотно прилегающего ко дну – цвет "испорченного сала".
10. *Отсутствие субъективных ощущений* в области твердого шанкра за счет анестезии нервных окончаний токсинами бледной трепонемы.

7. Общая характеристика третичного периода сифилиса.

Возникает через 5-10 лет после заражения. Развивается у 5-40% больных, вследствие отсутствия полноценного лечения ранних форм сифилиса, наличия сопутствующих заболеваний, травм, хронических интоксикаций. Плохие социально-бытовые условия, тяжелая умственная и физическая работа, плохое питание так же являются факторами развития третичного периода сифилиса.

Для третичного сифилиса характерно:

- волнообразное течение - смена клинически выраженных симптомов и периодов их полного отсутствия
- уменьшение напряженности гуморального иммунитета (при активном сифилисе рск + в 60-70%, при скрытом – 50%; риф и рибт 100%)
- изменение иммунологической реактивности организма, связанной с нарастанием аллергии
- поражение внутренних органов и центральной нервной системы

Третичные сифилиды – гуммы и бугорки:

- возникают медленно
- не имеют признаков воспаления
- не сопровождаются субъективными расстройствами
- образуются на основе плотного инфильтрата, представляющего собой инфекционную гранулему
- возникают на ограниченных участках
- имеют тенденцию к группировке
- цикл развития без лечения длительный (4-6 мес.)
- недоброкачественное деструктивное течение с тенденцией к распаду и образованию рубцов
- рубцы повторяют предсуществующие элементы
- высыпания на рубцах не образуются
- содержат малое количество tr. Pallidum.

8. Бактериальный вагиноз: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

Бактериальный вагиноз (БВ) – это инфекционный невоспалительный синдром полимикробной этиологии, связанный с дисбиозом вагинальной микробиоты.

Для БВ характерно снижение лактобацилл, особенно перекись-продуцирующих, и значительное увеличение облигатных и факультативных анаэробных условно-патогенных микроорганизмов.

К эндогенным факторам риска развития БВ относятся гормональные изменения (возрастные – в пубертатном периоде и менопаузе; при патологии беременности; в послеродовом и послеабортном периодах), гипотрофия и атрофия слизистой оболочки влагалища, наличие кист и полипов стенок влагалища и др.

К экзогенным факторам риска развития БВ относятся инфицирование возбудителями ИППП и колонизация половых путей генитальными микоплазмами, лекарственная терапия (антибактериальными, цитостатическими, глюкокортикостероидными, антимикотическими препаратами), лучевая терапия и др.

БВ не относится к инфекциям, передаваемым половым путем, однако заболевание выявляют преимущественно у женщин, ведущих половую жизнь с частой сменой половых партнёров.

Клиника.

Субъективные симптомы:

гомогенные беловато-серые выделения из половых путей, часто с неприятным «рыбным» запахом, усиливающиеся после незащищенного полового акта, проведения гигиенических процедур с использованием мыла, после менструации;

дискомфорт в области наружных половых органов;

болезненность во время половых контактов (диспареуния);

редко - зуд и/или жжение в области половых органов;

редко - зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия).

Объективные симптомы:

гомогенные беловато-серые вагинальные выделения густой консистенции, равномерно распределяющиеся по слизистой оболочке вульвы и влагалища.

У большинства больных симптомы воспалительной реакции со стороны половых органов отсутствуют.

Диагностика

Диагноз устанавливается на основании наличия не менее чем 3-х из 4-х критериев (критерии Amsel):

выделения из влагалища – густые, гомогенные, беловато-серые, с неприятным запахом;

значение рН вагинального отделяемого $> 4,5$;

положительный результат аминотеста (появление «рыбного» запаха при смешивании на предметном стекле вагинального отделяемого с 10% раствором КОН в равных пропорциях);

обнаружение «ключевых» клеток при микроскопическом исследовании вагинального отделяемого.

Лабораторные исследования.

Микроскопическое исследование вагинального отделяемого.

Молекулярно-биологические методы исследования.

Лечение. Препараты имидазольного ряда метронидазол, тинидазол.

Клиндамицин.

9. Достоверные и вероятные признаки позднего врожденного сифилиса.

Достоверные признаки – триада Гетчинсона:

- зубы Гетчинсона

- паренхиматозный кератит

- лабиринтная глухота

Вероятные признаки

– саблевидные голени

– хориоретинит

– деформации носа

– рубцы вокруг рта

– ягодицеобразный череп

– деформации зубов

– сифилитические гониты

10. Педикулез: этиология, эпидемиология, клиника, лечение, профилактика.

У человека педикулез вызывают три вида вшей: головная вошь, платяная вошь и лобковая вошь.

Источник: человек.

Головные и платяные Передача при непосредственном контакте, через предметы обихода, расчески, головные уборы. Лобковая вошь как правило, передаётся половым путём, но возможна также передача через вещи (постельное бельё).

Клиника:

Наличие на волосах белесых гнид, плотно прикрепленные к стержню волоса. При головном педикулезе на голове, при платяном на одежде, при фтириазе на лобке, области подмышечных впадин, возможно поражение бровей и ресниц.

Розеолы и папулы в местах кровососания, эскориации и геморрагические корки.

Субъективно: зуд.

При длительном течении явления дерматита. При присоединении вторичной инфекции - пиодермия, возможно увеличение регионарных лимфоузлов.

Диагностика.

Характерная клиническая картина при визуальном осмотре.

Лампа Вуда. Живые гниды дают жемчужно-белое свечение.

Вычесывание паразитов частым гребнем на белый лист бумаги или клеенку.

Лечение.

Препараты на основе перметрина.

Шампунь 0,4 – 1,5% экспозиция 10-20 минут, затем смывают. Повтор процедуры через 7 дней.

Гель 1% - экспозиция 40 мин., однократная обработка.

Лосьон 0,2-0,5 % экспозиция 40 мин., однократная обработка.

Комбинированный препарат шампунь «Пара-плюс» (малатион+перметрин+пиперонила бутоксид). Экспозиция 10 мин. Затем смыть.

Мертвые гниды остаются прикреплены к волосам, поэтому после использования препарата их следует вычесать.

Обработать все текстильные изделия, с которым контактировал больной (подушки, головные уборы, воротники и т.д.), во избежания повторного заражения. Для обработки используются эмульсии пиретроидов, малатиона, аэрозоли содержащие тетраметрин. Текстильные изделия замачивают замачивают рабочем растворе эмульсии. Вещи, не подлежащие стирке обрабатывают аэрозолем.

Профилактика.

Профилактические осмотры организованных коллективов, выявление и своевременное лечение заболевших.

Соблюдение в санитарно-гигиенических и противоэпидемических режимов в парикмахерских и косметических салонов. Индивидуальная профилактика: соблюдение правил личной гигиены.

Тестовые задания вариант 1.

1. Острая лучевая болезнь развивается в результате:
 - 1) Неравномерного гамма — облучения в дозе 0,5 Гр.
 - 2) Локального гамма — облучения в дозе 5 Гр.
 - 3) Равномерного нейтронного облучения в дозе 0,75 Гр.
 - 4) Равномерного тотального облучения в дозе не менее 1 Гр.

2. Средством из индивидуальной аптечки (АИ), купирующим первичную реакцию на облучение является:
 - 1) Церукал
 - 2) Янтарная кислота
 - 3) Этаперазин

- 4) Диметкарб
3. Первоочередной задачей химической разведки является:
- 1) Установление типа ОВ
 - 2) Наблюдение за перемещением облака ОВ
 - 3) Выявление самого фактора химического заражения и оповещение об этом
 - 4) Отыскивание наиболее целесообразных путей преодоления зараженной территории
4. Зорин, зоман и V-газы относятся к:
- 1) ОВ смертельного действия
 - 2) ОВ, вызывающие временную утрату трудоспособности
 - 3) ОВ практически безвредные
 - 4) ОВ практически нетоксичные
5. Общевойсковой фильтрующий противогаз не предназначен для защиты органов дыхания от:
- 1) Окиси углерода
 - 2) Отравляющих веществ
 - 3) Радиоактивных веществ
 - 4) Биологических средств
6. Укажите правильное определение общественного здоровья и здравоохранения как науки:
- 1) это наука о стратегии и тактике системы здравоохранения, направленная на улучшение общественного здоровья населения
 - 2) это наука, изучающая влияние факторов среды обитания на человека и разрабатывающая оптимальные требования к условиям жизнедеятельности человека
 - 3) это система мероприятий по охране здоровья населения
 - 4) это наука о населении
7. Общественное здоровье и здравоохранение - это:
- 1) гигиеническая наука
 - 2) клиническая наука
 - 3) общегуманитарная наука
 - 4) общественная наука
8. При проведении медико-социальных исследований применяются следующие методы:
- 1) статистический
 - 2) экспериментальный

- 3) экономический
 - 4) все вышеперечисленные
9. Основным методическим подходом для решения задач в области организации здравоохранения является:
- 1) статистический анализ состояния здоровья населения
 - 2) изучение общественного мнения
 - 3) решение кадровых вопросов
 - 4) системный управленческий подход
10. Система здравоохранения в России является:
- 1) государственной
 - 2) смешанной
 - 3) страховой
 - 4) частной
11. Педагогика – это наука о
- 1) воспитании человека в современном обществе
 - 2) способах научного познания
 - 3) психологических особенностях личности
 - 4) физиологических закономерностях развития личности
12. Если педагог приспосабливает свое общение к особенностям аудитории, то его деятельность можно отнести к _____ уровню
- 1) адаптивному
 - 2) локально-моделирующему
 - 3) продуктивному
 - 4) творческому
13. Множество взаимосвязанных структурных компонентов, объединенных единой образовательной целью развития личности и функционирующих в целостном педагогическом процессе – это...
- 1) дидактика
 - 2) педагогическая система
 - 3) педагогический процесс
 - 4) обучение
14. Андрагогика – это...
- 1) образование мужчин
 - 2) образование взрослых
 - 3) образование дошкольников
 - 4) образование пожилых людей

15. Характерные черты педагогического процесса как системы:

- 1) целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
- 2) гуманистичность и толерантность
- 3) плюралистичность
- 4) статичность

16. Источником заболевания при трихомониазе является:

- 1) больной человек
- 2) кошки и собаки
- 3) птицы
- 4) все вышеперечисленные

17. К осложнениям твердого шанкра не относится

- 1) фимоз и парафимоз
- 2) гангренизация
- 3) индуративный отек
- 4) эрозивный баланопостит

18. Назовите симптом, не характерный для атопического дерматита:

- 1) выраженный зуд
- 2) лихенификация
- 3) эпидермо-дермальные папулы
- 4) красный дермографизм

19. Основным патогистологическим процессом в эпидермисе, характерным для красного плоского лишая, является:

- 1) акантоз
- 2) гипергранулез
- 3) паракератоз
- 4) спонгиоз

20. Для отрубевидного лишая характерны

- 1) волдыри
- 2) пузырьки
- 3) папулы
- 4) не воспалительные пятна

21. К топическим стероидам относится

- 1) хлорохин
- 2) бетаметазона дипропионат0000,
- 3) доксициклина моногидрат
- 4) эбастин

22. Колликувативный туберкулез может быть
- 1) первичный
 - 2) вторичный
 - 3) третичный
 - 4) верно 1) и 2)
23. Для чесотки характерны
- 1) пузыри
 - 2) геморрагии
 - 3) зудящие точечные папулы и пузырьки
 - 4) волдыри
24. При гидрадените необходимо назначить
- 1) антибиотики системно
 - 2) повязку с анилиновыми красителями
 - 3) повязку с чистым ихтиолом
 - 4) правильно 1) и 3)
25. При гидрадените в воспалительный процесс вовлекаются
- 1) апокриновые потовые железы
 - 2) эккриновые потовые железы
 - 3) сальные железы
 - 4) волосяные фолликулы
26. При фурункуле в стадии инфильтрации местно назначается:
- 1) повязка с гипертоническим раствором
 - 2) повязка с чистым ихтиолом
 - 3) дерматоловая мазь
 - 4) желе солкосерил
27. При фурункулезе обязательно исследование
- 1) крови на сахар
 - 2) мочи на креатинин
 - 3) кала на гельминты
 - 4) всего перечисленного
28. При псевдофурункулезе в воспалительный процесс вовлекаются
- 1) эккриновые потовые железы
 - 2) апокриновые потовые железы
 - 3) волосяные фолликулы
 - 4) сальные железы
29. Симптомами стрептококковых пиодермий являются
- 1) гнойнички плоские, дряблые

- 2) гнойнички напряженные, конической или полушаровидной формы
- 3) поражение сально-волосяного фолликулов и потовых желез
- 4) все перечисленное

30. Лечение ребенка с микроспорией волосистой части головы следует проводить

- 1) амбулаторно
- 2) в стационаре
- 3) по желанию родителей
- 4) возможны все перечисленные варианты

31. Заражение микроспорией может происходить

- 1) в детских коллективах
- 2) при контакте с кошками и собаками
- 3) при работе на животноводческих фермах
- 4) правильно все перечисленное, кроме 3)

32. При гонорее у женщин наиболее часто поражаются:

- 1) вульва
- 2) уретра и цервикальный канал
- 3) влагалище
- 4) бартолиниевы железы

33. К зооантропофильным микозам относится

- 1) инфильтративно-нагноительная трихофития
- 2) поверхностная трихофития
- 3) рубромикоз
- 4) верно 1) и 2)

34. Для фавуса не характерно

- 1) наличие корок (скутул)
- 2) ломкость волос и образование папул
- 3) атрофия волос
- 4) поражение ногтевых пластинок

35. При кандидозном вульвовагините не применяется

- 1) флуконазол
- 2) итраконазол
- 3) пимафуцин
- 4) орнидазол

36. Для дисгидротического микоза стоп не характерна

- 1) эритема на своде стоп
- 2) везикулезная сыпь

- 3) отслойка эпидермиса по периферии
- 4) лихенификация

37. При диагностике микозов используются все перечисленные лабораторные методы, кроме

- 1) микроскопии пораженных волос и чешуек кожи
- 2) культуральной диагностики
- 3) мазков-отпечатков с очагов поражения
- 4) люминесцентной диагностики

38. Фунгистатическими свойствами обладают все перечисленные препараты, кроме

- 1) микосиста
- 2) орунгала
- 3) фамвира
- 4) ламизила

39. Разновидностями сифилитической плешивости являются все формы, кроме

- 1) мелкоочаговой
- 2) диффузной
- 3) смешанной
- 4) тотальной

40. Число оборотов спирали бледной трепонемы составляет

- 1) 2-4
- 2) 6-8
- 3) 8-12
- 4) 12-14

41. Удлинение инкубационного периода сифилиса наблюдается при

- 1) сопутствующих инфекционных заболеваниях
- 2) биполярном расположении твердых шанкров
- 3) приеме антибиотиков в течение инкубационного периода
- 4) продолжении половой жизни с источником заражения

42. Регионарный склераденит при первичном сифилисе развивается после появления твердого шанкра спустя

- 1) 3-5 дней
- 2) 7 дней
- 3) 14 дней
- 4) через месяц

43. Вторичный период сифилиса начинается с момента заражения в среднем через
- 1) 1-2 месяца
 - 2) 2-3 месяца
 - 3) 3-4 месяца
 - 4) 6 месяцев
44. В лечение микоплазменной инфекции наиболее эффективно применение:
- 1) джозамицина
 - 2) офлоксацина
 - 3) рокситромицина
 - 4) трихопола
45. К атипичных форм твердого шанкра различают все перечисленные, кроме
- 1) индуративного отека
 - 2) фagedенического твердого шанкра
 - 3) шанкра-панариция
 - 4) шанкра-амигдалита
46. Основные изменения при гистологическом исследовании сифилидов вторичного периода выявляются в
- 1) эпидермисе
 - 2) дерме
 - 3) подкожной клетчатке
 - 4) мышцах
47. Для вторичного сифилиса не характерен
- 1) полиморфизм высыпаний
 - 2) не остро островоспалительный характер сыпи
 - 3) зуд в очагах поражения
 - 4) самопроизвольный регресс высыпаний
48. Цикл жизни бледной трепонемы продолжается
- 1) 6-8 часов
 - 2) 10-12 часов
 - 3) 15-20 часов
 - 4) 30-33 часов
49. После контакта с больным сифилисом твердый шанкр чаще всего появляется спустя
- 1) 2 недели
 - 2) 3-4 недели
 - 3) 6-7 недель
 - 4) 8-9 недель

50. Третичный сифилис характеризуется всем перечисленным, кроме
- 1) ограниченности поражения
 - 2) склонности элементов к распаду
 - 3) болезненности в очагах поражения
 - 4) образования рубцов на месте разрешившихся элементов
51. К осложнениям твердого шанкра не относится
- 1) фимоз
 - 2) парафимоз
 - 3) гангренизация
 - 4) регионарный склераденит
52. Для сифилитического склераденита характерны все перечисленные признаки, кроме
- 1) увеличенных регионарных лимфоузлов
 - 2) плотно-эластической консистенции лимфоузлов
 - 3) спаянности лимфоузлов друг с другом
 - 4) отсутствие болезненности
53. Для сифилитической эритематозной ангины характерно
- 1) резкая граница эритемы в зеве
 - 2) выраженная отечность миндалин с обеих сторон
 - 3) резкая болезненность
 - 4) высокая температура тела
54. К побочным явлениям при длительном лечении системными кортикостероидами относится развитие
- 1) токсикодермии
 - 2) цилеакии
 - 3) анафилаксии
 - 4) кандидоза
55. Разновидностью бугоркового сифилида не является
- 1) одиночный
 - 2) сгруппированный
 - 3) карликовый
 - 4) серпигинирующей
56. Наиболее частой причиной рецидивов гонореи является ассоциация гонококков с
- 1) хламидиями
 - 2) трихомонадами
 - 3) микоплазмами

4) гарднереллами

57. Наиболее доступными для поражения гонококками являются слизистые оболочки, выстланные

- 1) многослойным плоским неороговевающим эпителием
- 2) цилиндрическим эпителием
- 3) многослойным плоским ороговевающим эпителием
- 4) кубическим эпителием

58. При обследовании на гонорею женщин забор отделяемого для бактериологического исследования производится из всех очагов, кроме

- 1) уретры
- 2) прямой кишки
- 3) области вульвы
- 4) цервикального канала

59. К препаратам, воздействующим на неспецифическую реактивность организма не относится

- 1) ликопад
- 2) виферон
- 3) азитромицин
- 4) полиоксидоний

60. Методом диагностики хламидийной инфекции является

- 1) микроскопия мазка, окрашенного по Граму
- 2) микроскопия в темном поле зрения
- 3) метод амплификации нуклеиновых кислот
- 4) посев на питательные среды

61. Белый дермографизм характерен для:

- 1) псориаза
- 2) склеродермии
- 3) атопического дерматита
- 4) крапивницы

62. К препаратам, тормозящим высвобождение медиаторных веществ из тучных клеток относится:

- 1) задитен
- 2) гептрал
- 3) валвир
- 4) правильно 1) и 2)

63. Местные аллергические реакции немедленного типа- это

- 1) феномен Артюса-Сахарова (ягодичная реакция)

- 2) контактный аллергический дерматит
 - 3) конъюнктивит
 - 4) фарингит
64. К гепатопротекторам относится
- 1) циметидин
 - 2) хлорхинальдин
 - 3) L-карнитин
 - 4) D-метионин
65. Истинный полиморфизм характерен для
- 1) псориаза
 - 2) экземы
 - 3) витилиго
 - 4) красного плоского лишая
66. Лечебное питание больных себореей и акне не предусматривает
- 1) уменьшения в рационе животных жиров
 - 2) исключения злаков
 - 3) исключения острых блюд
 - 4) ограничения углеводов
67. Недостаток в организме витаминов группы В обуславливает все вышеперечисленное, кроме
- 1) дистрофии волос
 - 2) пеллагры
 - 3) дистрофии ногтей
 - 4) глосситов
68. При простом пузырьковом лишае не отмечается
- 1) появление волдырей
 - 2) появление пузырьков
 - 3) группировки высыпаний на ограниченном участке кожи
 - 4) склонности к рецидивам
69. Для наружного лечения микозов не применяют
- 1) экзодерил
 - 2) ламизил
 - 3) микозолон
 - 4) латикорт
70. У девочек при гонорее наиболее часто поражаются:
- 1) вульва и влагалище
 - 2) уретра и цервикальный канал

- 3) матка и придатки
- 4) все перечисленное

71. Поражение суставов не наблюдается при

- 1) гонорее
- 2) хламидийной инфекции
- 3) трихомониазе
- 4) микоплазменной инфекции

72. Гуммозные поражения на коже следует дифференцировать с

- 1) скрофулодермой
- 2) парапсориазом
- 3) хронической язвенной пиодермией
- 4) лепры

73. Больным рецидивирующим герпесом в фазу ремиссии назначают

- 1) антибиотики
- 2) антимикотики
- 3) иммуносупрессивную терапию противовирусными средствами
- 4) противовирусные мази

74. Излюбленной локализацией колликативного туберкулеза является

- 1) подчелюстные и шейные лимфатические узлы
- 2) подкрыльцовые лимфатические узлы
- 3) пахово-бедренные лимфатические узлы
- 4) кубитальные лимфатические узлы

75. Бородавки вызываются:

- 1) фильтрующимся вирусом
- 2) ВПГ-1 или ВПГ-2
- 3) папилломавирусом человека
- 4) вирусом Эпштейна-Барра

76. Материалом для исследования на наличие хламидий является:

- 1) соскоб эпителия слизистой уретры
- 2) соскоб эпителия со слизистой глотки
- 3) свободные выделения из мочеиспускательного канала
- 4) верно 1) и 2)

77. Для вторичного сифилиса не характерно

- 1) наличие полиморфизма высыпаний
- 2) отсутствие воспалительных явлений
- 3) наличие зуда в очагах поражения
- 4) самопроизвольное разрешение высыпаний

78. Для простого контактного дерматита характерны:
- 1) везикуляция и мокнутие
 - 2) эритема, отечность, пузыри
 - 3) склонность к рецидивам
 - 4) верно 1 и 3
79. В патогенезе акне играют роль следующие механизмы, кроме:
- 1) гиперпродукции секрета сальными железами
 - 2) гиперпролиферации клеток базального слоя эпидермиса
 - 3) фолликулярного гиперкератоза
 - 4) деятельности бактерий
80. Применение иммунофана противопоказано при:
- 1) беременности, осложненной резус-конфликтом
 - 2) псориазе
 - 3) хронической пиодермии
 - 4) всем вышеперечисленным
81. Эрозия может возникнуть на месте:
- 1) пятна
 - 2) пузырька
 - 3) узла
 - 4) волдыря
82. При лечении хронических пиодермий применяются
- 1) антибиотики
 - 2) стафилококковый анатоксин
 - 3) рузам
 - 4) все перечисленное
83. Клиническими формами кандидоза являются:
- 1) кандидоз слизистых оболочек и складок кожи
 - 2) висцеральный кандидоз
 - 3) хронический генерализованный кандидоз
 - 4) все вышеперечисленные
84. Чесоткой можно заразиться:
- 1) при поцелуе
 - 2) половым путем
 - 3) при купании в бассейне
 - 4) воздушно-капельным путем
85. Остроконечные кондиломы локализуются:

- 1) в местах перехода кожи в слизистую оболочку
 - 2) на ладонях и подошвах
 - 3) в складках кожи
 - 4) верно 1 и 3
86. Для бактериального вагиноза не характерно
- 1) обнаружение при микроскопии «ключевых клеток» >20%
 - 2) рН >4,5
 - 3) наличие «кремообразного» отделяемого в заднем своде влагалища
 - 4) рН <4,5
87. К вариантам форм гуммозного сифилида не относятся
- 1) околоуставные узловатости
 - 2) солитарные гуммы
 - 3) сгруппированные гуммы
 - 4) гуммы «площадкой»
88. Для лечения токсикодермии используют системные
- 1) глюкокортикостероиды
 - 2) антибиотики
 - 3) антимикотики
 - 4) ретиноиды
89. Диагностическим симптомом, характерным для красной волчанки, является симптом
- 1) Бенъе-Мещерского
 - 2) Никольского
 - 3) стеаринового пятна
 - 4) зонда
90. Дифференциальная диагностика высыпаний при дерматозе Дюринга не проводится с
- 1) вульгарной пузырчаткой
 - 2) токсикодермией
 - 3) многоформной экссудативной эритемой
 - 4) псориазом
91. Применение примочек показано при
- 1) мокнущей
 - 2) выраженном шелушении
 - 3) глубоких трещинах
 - 4) лихенификации
92. При болезни Девержи основным этиопатогенетическим фактором развития является

- 1) наследственность
 - 2) гиперинсоляция
 - 3) переохлаждение
 - 4) перегревание
93. Для онихомикозов не характерны:
- 1) мелкие углубления в виде наперстка на ногтевой пластинке
 - 2) деформированные, утолщенные ногти
 - 3) крошащиеся, «изъеденные» со свободного края ногти
 - 4) тусклые, серовато-желтого цвета ногти
94. Курс лечения чесотки серной мазью составляет
- 1) 1-2 дня
 - 2) 5 – 6 дней
 - 3) 2 недели
 - 4) 1 месяц
95. Особенностью папулы при контагиозном моллюске является
- 1) западение в центре и выделяющиеся при надавливании белые массы
 - 2) пупковидное вдавление в центре
 - 3) гладкая блестящая поверхность
 - 4) шелушение на поверхности
96. Для микоплазменной инфекции уrogenитального тракта характерно:
- 1) отсутствие характерных клинических признаков
 - 2) невынашивание беременности
 - 3) ВЗОМТ
 - 4) все перечисленное
97. Бледная трепонема – это микроорганизм _____ формы
- 1) спиралевидной
 - 2) шарообразной
 - 3) палочковидной
 - 4) нитевидной
98. Антибиотики какой группы противопоказаны детям до 16 лет
- 1) пенициллины
 - 2) макролиды
 - 3) аминогликозиды
 - 4) фторхинолоны
99. Для лечения распространенной очаговой склеродермии не применяют
- 1) цитостатики
 - 2) пенициллин
 - 3) лонгидазу
 - 4) ретиноиды
100. Возбудитель мягкого шанкра - это:
- 1) хламидия

- 2) вирус
- 3) стрептобацилла Петерсена – Дюкрея
- 4) палочка Додерлейна

Тестовые задания вариант 2.

6. В результате эволюции какого морфологического элемента образуется рубец
- 5) папулы
 - 6) пузыря
 - 7) язвы
 - 8) эрозии
7. К методам терапии пиодермий относятся все, кроме:
- 5) антибиотикотерапии
 - 6) цитостатической терапии
 - 7) физиотерапии
 - 8) специфической иммунотерапии
8. Болезнь Дарье является _____ дерматозом
- 5) генетически обусловленным
 - 6) мультифакторным
 - 7) пятнистым
 - 8) пузырьным
9. Чесоточные элементы у взрослых не локализуются на
- 5) кистях
 - 6) животе и ягодицах
 - 7) лице
 - 8) коже вокруг сосков
10. При регрессе папул образуется
- 5) нормотрофический рубец
 - 6) гипо- или гиперпигментация
 - 7) рубцовая атрофия
 - 8) гипертрофический рубец
7. Факторами риска в развитии бактериального вагиноза являются:
- 5) частая смена половых партнеров
 - 6) использование внутриматочных контрацептивов
 - 7) воспалительные заболевания половой сферы
 - 8) все вышеперечисленное
8. При гистологическом исследовании «клетки в плащах» наблюдаются при
- 5) болезни Девержи
 - 6) дискератозе Дарье

- 7) витилиго
- 8) фавусе

13. Изоморфная реакция – это

- 5) аллергическая реакция на раздражитель
- 6) повышение температуры при введении антибиотика
- 7) проявление контактного дерматита
- 8) развитие новых высыпаний на месте механического раздражения кожи

14. Для клиники дискоидной красной волчанки не характерно появление

- 5) стойкой эритемы в виде «бабочки» на лице
- 6) фолликулярного гиперкератоза
- 7) уплотнения кожи цвета слоновой кости
- 8) телеангиоэктазий

15. При дерматозе Дюринга не бывает

- 5) полиморфизма высыпаний
- 6) интенсивного зуда кожи
- 7) положительного симптома Никольского
- 8) поражения слизистой полости рта

16. Здоровье населения рассматривается (изучается) как:

- 5) однофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды
- 6) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению общей заболеваемости, без учета влияния факторов окружающей среды
- 7) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды
- 8) оценка показателей естественного движения населения

17. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются:

- 5) генетические
- 6) природно-климатические
- 7) социальные
- 8) все вышеперечисленное

18. Лекарственное, в том числе льготное, обеспечение населения при оказании медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий включает все, кроме

- 1) упорядочения и обеспечения адресного предоставления льгот
- 2) формирования списков лекарственных средств и изделий медицинского назначения для

льготного обеспечения

- 3) формирование перечней и объемов лекарственных средств и изделий медицинского назначения для лечения социально значимых заболеваний
- 4) распределения перечня категорий граждан и социально значимых заболеваний для льготного обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения

19. Основные группы высокого риска на участке обслуживания составляют лица:

- 1) мигранты
- 2) с уровнем дохода ниже прожиточного минимума
- 3) БОМЖ
- 4) дети, пожилые, беременные

20. Группы населения, подлежащие диспансеризации в настоящее время, это:

- 1) все население, за исключением неработающих граждан
- 2) дети и подростки
- 3) беременные женщины
- 4) работающие граждане

21. Устным методом пропаганды ЗОЖ является

- 1) повседневное общение с окружающими
- 2) лекция
- 3) аудиозаписи
- 4) диалог с врачом

22. Какие из перечисленных факторов оказывают наибольшее влияние на индивидуальное здоровье человека?

- 1) биологические
- 2) окружающая среда
- 3) служба здоровья
- 4) индивидуальный образ жизни

23. Здоровье – это состояние полного...

- 1) физического благополучия
- 2) духовного благополучия
- 3) социального благополучия
- 4) все ответы верны

24. К характеристикам профессионализации личности врача относятся следующие понятия:

- 1) апрофессия;

- 2) профессиография;
- 3) профессиональная пригодность;
- 4) не относится ни одно из перечисленных выше понятий.

25. К методам обучения не относится

- 1) показ
- 2) экскурсия
- 3) самореализация
- 4) беседа

21. Бригада экстренной медицинской помощи (врачебно-сестринская) на 1 этапе оказывает:

- 1) Специализированную медицинскую помощь
- 2) Квалифицированную медицинскую помощь
- 3) Первую врачебную медицинскую помощь
- 4) Первую медицинскую помощь

22. Основными способами защиты населения являются:

- 1) Оказание медицинской помощи
- 2) Вывоз из очага катастрофы
- 3) Укрытие в защитных сооружениях
- 4) Прием медикаментов и эвакуация

23. Чрезвычайные ситуации условно подразделяют на:

- 1) Аварии, стихийные бедствия, катастрофы
- 2) Разрушения и уничтожения материальных ценностей
- 3) Механические, термические, биологические
- 4) Радиационные, химические, смешанные

24. Комплекс мероприятий, проводимых заблаговременно и направленных на максимально возможное уменьшение риска возникновения чрезвычайных ситуаций, а также на сохранение здоровья людей, снижение размеров ущерба окружающей природной среде и материальных потерь в случае их возникновения, называется:

- 1) Медицина катастроф
- 2) Ликвидация ЧС
- 3) Предупреждение ЧС
- 4) Эвакуация

25. ЧС, поражающие факторы которой выходят за пределы РФ, либо ЧС, которая произошла за рубежом и захватывает территорию России, называется:

- 1) Локальная
 - 2) Федеральная
 - 3) Региональная
 - 4) Трансграничная
26. При болезни Девержи отмечается
- 1) дискератоз
 - 2) акантолизис
 - 3) баллонизирующая дегенерация
 - 4) фолликулярный гиперкератоз
27. В лечении хламидийной инфекции согласно рекомендациям РОДКВ не используется
- 1) азитромицин
 - 2) офлоксацин
 - 3) левофлоксацин
 - 4) джозамицин
28. Препаратами первой линии в лечении хронической крапивницы являются
- 1) цитостатики
 - 2) антилейкотриеновые
 - 3) антигистаминные
 - 4) ФНО
29. Для стационарной стадии псориаза не характерно
- 1) появление «псевдоатрофического» ободка Воронова вокруг элементов
 - 2) прекращение появления новых высыпаний
 - 3) отсутствие периферического роста элементов
 - 4) появление новых элементов
30. Ихтиоз является _____ дерматозом
- 1) паранеопластическим
 - 2) буллезным
 - 3) папуло-сквамозным
 - 4) наследственно обусловленным
31. Гиперкератоз – это:
- 1) увеличение рядов клеток зернистого слоя эпидермиса
 - 2) качественное нарушение процессов ороговения
 - 3) утолщение шиповатого слоя эпидермиса
 - 4) утолщение рогового слоя эпидермиса

32. К разновидностям папулезного сифилида ладоней и подошв относятся все перечисленные кроме:

- 1) фолликулярного
- 2) лентикулярного
- 3) рогового
- 4) широкого

33. Источником микроsporии являются:

- 1) кошки, собаки
- 2) грызуны
- 3) коровы
- 4) птицы

34. В системной терапии микроsporии используется

- 1) итраконазол
- 2) орнидазол
- 3) сертаконазол
- 4) гризеофульвин

35. В лечении опоясывающего герпеса применяют:

- 1) рупатодин
- 2) роаккутан
- 3) азатиоприн
- 4) фамцикловир

36. Укажите препарат, не применяющийся при лечении трихомониаза:

- 1) орнидазол
- 2) метранидазол
- 3) тинидазол
- 4) кетаконазол

37. К типичным признакам твердого шанкра относится:

- 1) безболезненность
- 2) трещиноподобная форма
- 3) отсутствие плотного инфильтрата в основании
- 4) обильное отделяемое язвы

38. Первые проявления атопического дерматита чаще всего возникают:

- 1) с рождения
- 2) в 2-3 месячном возрасте
- 3) после года
- 4) в дошкольном возрасте

39. Первичным морфологическим элементом при красном плоском лишае является:
- 1) пятно
 - 2) папула
 - 3) узел
 - 4) бугорок
40. У 90% больных вульгарной пузырчаткой дебют заболевания отмечается на
- 1) коже туловища
 - 2) волосистой части головы
 - 3) слизистой оболочке рта и красной кайме губ
 - 4) коже стоп и ладоней
41. Пути регресса бугорка:
- 1) «влажный» путь (изъязвление с последующим рубцеванием)
 - 2) «сухой» путь (рассасывание с образованием рубцовой атрофии)
 - 3) петрификация
 - 4) все перечисленные
42. Стрептококковое импетиго встречается преимущественно у:
- 1) взрослых людей
 - 2) детей младшего возраста
 - 3) мужчин
 - 4) подростков
43. К заболеваниям, вызываемым антропофильными грибами не относится
- 1) микроспория, вызванная ржавым микроспорумом
 - 2) поверхностная трихофития
 - 3) инфильтративно - нагноительная трихофития
 - 4) рубромикоз
44. Формой туберкулеза кожи является
- 1) бугорковая
 - 2) пятнистая
 - 3) индуративный отек
 - 4) скрофулодерма
45. Возбудитель лепры при лепроматозном типе лепры обнаруживается
- 1) в соскобе со слизистой перегородки носа
 - 2) в соскобе с поверхности инфильтрата
 - 3) в пункционном материале из инфильтрата
 - 4) во всем перечисленном, кроме 2)

46. При вскрывшемся фурункуле назначается
- 1) УВЧ
 - 2) УФО
 - 3) повязка с топическим стероидом
 - 4) повязка с гипертоническим раствором
47. Гипергранулез – это утолщение
- 1) шиповидного слоя
 - 2) зернистого слоя
 - 3) базального слоя
 - 4) рогового слоя
48. Терапия гонореи нижних отделов уrogenитального тракта предусматривает
- 1) иммуностропное лечение
 - 2) этиологическое лечение
 - 3) местное лечение
 - 4) физиолечение
49. Инфильтративно-нагноительной трихофитией можно заразиться от
- 1) кошек
 - 2) собак
 - 3) домашней птицы
 - 4) грызунов
50. Обнаружение бледной трепонемы в первичном периоде сифилиса возможно в отделяемом с поверхности
- 1) изъязвившейся гуммы
 - 2) широкой кондиломы
 - 3) эрозивно-мокнущей папулы
 - 4) твердого шанкра
51. Влагилищная гарднерелла - это
- 1) Гр - коккобацилла
 - 2) Гр + коккобацилла
 - 3) Гр переменная коккобацилла
 - 4) Гр - палочка
52. К видам лечения сифилиса не относится
- 1) специфическое
 - 2) превентивное
 - 3) профилактическое
 - 4) симптоматическое

53. Возбудитель сифилиса устойчив к
- 1) кипячению
 - 2) низким температурам
 - 3) высушиванию
 - 4) к действию спирта
54. Тактика врача общей практики при подозрении на сифилис у больного
- 1) назначить антибиотики
 - 2) понаблюдать за пациентом
 - 3) направить на консультацию к дерматовенерологу
 - 4) назначить местное лечение
55. Профилактическое лечение назначается
- 1) лицам, бывшим в половом контакте с больным сифилисом
 - 2) лицам, бывшим в бытовом контакте с больным сифилисом
 - 3) сотрудникам по работе
 - 4) беременным, переболевшим сифилисом и не снятым с учета
56. Для диагностики бактериального вагиноза используется
- 1) микроскопия нативного материала
 - 2) серологическое исследование
 - 3) выделение возбудителя в культуре клеток
 - 4) тест система Фемофлор 17
57. Сифилис не передается при использовании общей
- 1) губной помады
 - 2) зубной щетки
 - 3) мочалки
 - 4) шапки
58. Микоплазменной инфекцией можно заразиться при
- 1) купании в пруду
 - 2) половом контакте
 - 3) купании в бассейне
 - 4) разговоре
59. В лечении трихомониаза используются
- 1) антибиотики
 - 2) антимикотики
 - 3) препараты имидазола
 - 4) витамины
60. При нарушении микрофлоры влагалища развивается
- 1) гонорея

- 2) трихомониаз
- 3) бактериальный вагиноз
- 4) хламидийная инфекция

61. Назовите лекарственный препарат, используемый для лечения хламидийной инфекции

- 1) доксициклина моногидрат
- 2) трихопол
- 3) дифлюкан
- 4) преднизолон

62. Каким заболеванием нельзя заразиться при половом контакте

- 1) сифилисом
- 2) чесоткой
- 3) трихомониазом
- 4) экземой

63. Какой препарат не используется в лечении простого герпеса

- 1) ацикловир
- 2) фамцикловир
- 3) валцикловир
- 4) экзодерил

64. КСР на сифилис становится положительным через _____ после заражения

- 1) 1 месяц
- 2) 1,5 – 2 месяца
- 3) через 6 месяцев
- 4) через 1 год

65. Твердый шанкр может локализоваться на любом участке кожи и слизистых, но практически не встречается

- 1) на шейке матки
- 2) на стенках влагалища
- 3) на головке полового члена
- 4) в области клитора

66. Патогномичным проявлением раннего врожденного сифилиса не является

- 1) папулезная инфильтрация Гохзингера
- 2) сифилитическая пузырьчатка
- 3) сифилитический насморк
- 4) зубы Гетчинсона

67. Какой из перечисленных препаратов или методов лечения не эффективен в лечении вульгарных бородавок

- 1) солкодерм
- 2) диатермокоагуляция
- 3) криодеструкция
- 4) акридерм

68. Какой из признаков не характерен для типичного твердого шанкра

- 1) цвет «испорченного сала»
- 2) болезненность
- 3) правильные очертания
- 4) скудное серозное отделяемое

69. Для биполярного твердого шанкра характерно расположение

- 1) одного шанкра на гениталиях, второго в перианальной области
- 2) шанкров полярно далеко друг от друга
- 3) двух шанкров рядом
- 4) более двух шанкров рядом

70. Папулы вторичного периода сифилиса надо дифференцировать с:

- 1) псориазом
- 2) геморроидальными узлами
- 3) остроконечными кондиломами
- 4) всем вышеперечисленным

71. Какие железы начинают функционировать с периода полового созревания

- 1) мерокриновые
- 2) сальные
- 3) эккриновые
- 4) апокриновые

72. Регресс фолликулита происходит через

- 1) 5-6 дней
- 2) 2 недели
- 3) 1 месяц
- 4) 5 месяцев

73. Для наружного лечения онихомикозов применяется

- 1) бактробан
- 2) элидел
- 3) протопик
- 4) офломил

74. Лейкодерма характерна для _____ периода сифилиса

- 1) раннего врожденного
 - 2) вторичного
 - 3) третичного
 - 4) первичного
75. Ведущим диагностическим признаком акне является наличие
- 1) комедонов
 - 2) папул
 - 3) пустул
 - 4) конглобатов
76. Для постановки диагноза гонорея необходимо учитывать
- 1) характер выделений
 - 2) цвет выделений
 - 3) запах выделений
 - 4) лабораторные исследования
77. Цикл жизни бледной трепонемы продолжается:
- 1) 6-8 часов
 - 2) 10-12 часов
 - 3) 15-20 часов
 - 4) 30-33 часа
78. При выраженной лихенификации наружно применяют средства в следующей лекарственной форме
- 1) лосьон
 - 2) эмульсия
 - 3) мазь или жирная мазь
 - 4) крем
79. Лечение метотрексатом больных псориазом сочетается с применением:
- 1) ретиноидов
 - 2) НПВП
 - 3) гепатопротекторов
 - 4) УФО
80. Акантолиз с расположением эпидермальных пузырей интраэпидермально обнаруживается при:
- 1) герпесе беременных
 - 2) вульгарной пузырчатке
 - 3) дерматозе Дюринга
 - 4) буллезном пемфигоиде Левера
81. Какие клинические симптомы обусловлены спонгиозом

- 1) образование волдырей
 - 2) появление эритемы
 - 3) возникновение папул
 - 4) образование пузырьков
82. Гидраденит необходимо дифференцировать с:
- 1) сифилитическим бугорком
 - 2) скрофулодермой
 - 3) трофической язвой
 - 4) экземой
83. Волосы обламываются высоко, на уровне 5-8 мм от уровня кожи при:
- 1) поверхностной трихофитии
 - 2) микроспории
 - 3) алопеции
 - 4) инфильтративно-нагноительной трихофитии
84. Путем передачи лепры является
- 1) воздушно-капельный
 - 2) половой
 - 3) трансплацентарный
 - 4) алиментарный
85. К препаратам, предназначенным для наружного лечения опоясывающего герпеса, относится
- 1) крем «Девирс»
 - 2) ихтиоловая мазь
 - 3) гель клиндамицин
 - 4) серная мазь
86. Источником заболевания при трихомониазе является
- 1) больной человек
 - 2) кошки и собаки
 - 3) птицы
 - 4) все вышеперечисленные
87. К осложнениям твердого шанкра не относится
- 1) фимоз
 - 2) гангренизация
 - 3) индуративный отек
 - 4) эрозивный баланопостит
88. Назовите симптом, не характерный для атопического дерматита:
- 1) выраженный зуд

- 2) лихенификация
- 3) эпидермо-дермальные папулы
- 4) красный дермографизм

89. Основным патогистологическим процессом в эпидермисе, характерным для красного плоского лишая, является:

- 1) акантоз
- 2) гипергранулез
- 3) паракератоз
- 4) спонгиоз

90. Для простого контактного дерматита характерно

- 1) появление сгруппированных пузырьков
- 2) наличие высыпаний за пределами места контакта с раздражителем
- 3) рецидивирующее течение
- 4) наличие высыпаний в месте контакта с раздражителем

91. К иммуносупрессорам не относится

- 1) азатиоприн
- 2) полиоксидоний
- 3) метатрексат
- 4) преднизолон

92. Колликувативный туберкулез кожи может быть

- 1) первичный
- 2) вторичный
- 3) третичный
- 4) верно 1) и 2)

93. В лечении головного педикулеза используют шампунь

- 1) Кето плюс
- 2) Циновит
- 3) Никс
- 4) Фридерм

94. При гидрадените в стадию инфильтрации необходимо назначить

- 1) антибиотики
- 2) повязку с анилиновыми красителями
- 3) повязку с чистым ихтиолом
- 4) правильно 1) и 3)

95. Сальные железы вовлекаются в воспалительный процесс при

- 1) фурункуле
- 2) гидрадените

- 3) псевдофурункулезе
 - 4) импетиго
96. К топическим стероидам не относится
- 1) флутиказон
 - 2) такролимус
 - 3) метилпреднизолона ацепонат
 - 4) бетаметазон
97. При впервые возникшей очаговой склеродермии обязательно исследование
- 1) ANA-профиля
 - 2) крови на АТ к гельминтам
 - 3) кала на скрытую кровь
 - 4) мочи по Нечипоренко
98. При платяном педикулезе в лечении используют
- 1) тщательный душ с мылом и смена белья
 - 2) гель Циновит
 - 3) шампунь Педилин
 - 4) керосин с растительным маслом
99. Симптомом поверхностных стрептококковых пиодермий является наличие
- 1) гнойничков плоских, с дряблой крышкой
 - 2) гнойничков с напряженной крышкой
 - 3) поражения сально-волосяных фолликулов
 - 4) поражения потовых желез
100. Лечение ребенка с микроспорией волосистой части головы следует проводить
- 1) амбулаторно
 - 2) в стационаре
 - 3) по желанию родителей
 - 4) возможны все перечисленные варианты

Тестовые задания вариант 3.

1. Педагогика-это наука о
- 1) воспитании человека в современном обществе

- 2) способах научного познания
 - 3) психологических особенностях личности
 - 4) физиологических закономерностях развития личности
2. Для лихеноидного пситириаза характерно появление на коже
- 1) бугорков
 - 2) волдырей
 - 3) отечных пятен
 - 4) папул
3. При атопическом дерматите не бывает _____ клинической формы
- 1) эксудативно-гиперемической
 - 2) пруригинозной
 - 3) лихеноидной
 - 4) эксудативной
4. К осложнениям атопического дерматита относится
- 1) эритродермия
 - 2) доброкачественная лимфаденопатия
 - 3) полиаденит
 - 4) злокачественная лимфаденопатия
5. Вульгарный ихтиоз характеризуется _____ типом наследования
- 1) аутосомно-рецессивным
 - 2) аутосомно-доминантным
 - 3) сцепленным с X хромосомой
 - 4) сцепленным с Y хромосомой
6. В зависимости от выраженности клинических проявлений выделяют _____ формы многоформной эксудативной эритемы
- 1) легкую, тяжелую, крайне тяжелую
 - 2) легкую, средней тяжести, тяжелую, крайне тяжелую
 - 3) легкую, средней тяжести, тяжелую
 - 4) легкую и тяжелую
7. Множество взаимосвязанных структурных компонентов, объединенных единой образовательной целью развития личности и функционирующих в целостном педагогическом процессе – это...
- 1) дидактика
 - 2) педагогическая система
 - 3) педагогический процесс
 - 4) обучение

8. Для типичного твердого шанкра не характерно наличие
- 1) цвета «испорченного сала»
 - 2) болезненности
 - 3) правильных очертаний
 - 4) скудного серозного отделяемого
9. К первой линии терапии витилиго у детей относится применение
- 1) ингибиторов кальциневрина
 - 2) топических глюкокортикостероидов
 - 3) ПУВА-терапии
 - 4) узкополосной средневолновой ультрафиолетовой терапии
10. Папулы вторичного периода сифилиса надо дифференцировать с высыпаниями при
- 1) узловатой эритеме
 - 2) ихтиозе
 - 3) туберкулезе кожи
 - 4) красном плоском лишае
11. Характерные черты педагогического процесса как системы:
- 1) целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
 - 2) гуманистичность и толерантность
 - 3) плюралистичность
 - 4) статичность
12. Регресс фолликулита происходит через:
- 1) 5-6 дней
 - 2) 2 недели
 - 3) 1 месяц
 - 4) 5 месяцев
13. Для наружного лечения красного плоского лишая применяются
- 1) ингибиторы кальциневрина
 - 2) кальципотриол
 - 3) топические антимикотики
 - 4) топические стероиды
14. К главным диагностическим критериям атопического дерматита относится
- 1) сезонность обострений
 - 2) хроническое рецидивирующее течение
 - 3) сухость кожи (ксероз)

- 4) склонность к кожным инфекциям
15. Клиническим симптомом простого пузырькового лишая является наличие
- 1) пузырьковых высыпаний, склонных к группировке
 - 2) мелких пузырей
 - 3) бугорков в проекции нервных стволов
 - 4) эрозий, не склонных к эпителизации
16. Для оценки степени тяжести атопического дерматита обычно используют
- 1) мероприятия ABCDE
 - 2) правило «длины кончика пальца»
 - 3) индекс PASI
 - 4) шкалу SCORAD
17. В лечении педикулеза используют препараты на основе
- 1) мебгидролина
 - 2) акрихина
 - 3) пенициллина
 - 4) перметрина
18. К разновидностям стрептодермий не относится
- 1) паронихия
 - 2) щелевидное импетиго
 - 3) остиофолликулит
 - 4) буллезное импетиго
19. В лечении больных псориазом эффективно применение
- 1) системных глюкокортикостероидов
 - 2) витаминов группы В
 - 3) метотрексата
 - 4) противовирусных препаратов
20. Акантолиз с расположением пузырей интраэпидермально обнаруживается при
- 1) ожоге
 - 2) вульгарной пузырчатке
 - 3) дерматозе Дюринга
 - 4) буллезной форме красного плоского лишая
21. При каком заболевании первичный морфологический элемент формируется за счет баллонизирующей дегенерации
- 1) везикулопустулез
 - 2) дерматоз Дюринга

- 3) экзема
- 4) простой герпес

22. При исследовании в лучах лампы Вуда изумрудно-зеленое свечение определяется при поражении волос при

- 1) фавусе
- 2) микроспории
- 3) поверхностной трихофитии
- 4) инфильтративно-нагноительной трихофитии

23. Патогномонично обламывание волос на уровне кожи при:

- 1) отрубевидном лишае
- 2) хронической трихофитии
- 3) фавусе
- 4) микроспории

24. Симптом «Короны венеры» характерен для _____ периода сифилиса

- 1) вторичного
- 2) первичного
- 3) позднего врожденного
- 4) раннего врожденного

25. В лечении простого герпеса не используют

- 1) ацикловир
- 2) валацикловир
- 3) фамцикловир
- 4) зифирлукаст

26. Источником заболевания при генитальном герпесе является:

- 1) больной человек
- 2) нижняя одежда больного человека
- 3) обувь больного человека
- 4) мелкие грызуны

27. К осложнениям твердого шанкра относится

- 1) выраженный зуд
- 2) полиаденит
- 3) эрозивный баланопостит
- 4) индуративный отек

28. К главным критериям диагностики атопического дерматита относится

- 1) белый дермографизм
- 2) хейлит

- 3) повышение содержания IgE
- 4) кожный зуд

29. Основным патогистологическим процессом в эпидермисе, характерным для псориаза, является

- 1) акантолизис
- 2) паракератоз
- 3) гипергранулез
- 4) спонгиоз

30. Критерием диагностики чесотки является обнаружение

- 1) положительного комплекса серореакций
- 2) бурого свечения в лампе Вуда
- 3) обломанных волос на уровне 4-6 мм
- 4) возбудителя

31. К противогрибковым препаратам для наружного применения не относится

- 1) сертаконазол
- 2) кетаконазол
- 3) бифоназол
- 4) итраконазол

32. С учетом клинической картины заболевания выделяют _____ витилиго

- 1) узорчатое
- 2) мелкоочаговое
- 3) полосовидное
- 4) сегментарное

33. В клинике чесотки присутствуют

- 1) пузыри
- 2) гемorragии
- 3) зудящие мелкоочаговые папулы и пузырьки
- 4) волдыри

34. При фурункуле лица необходимо назначить

- 1) только наружные антибиотики
- 2) только топические стероиды
- 3) системные глюкокортикостероиды
- 4) системные антибиотики

35. При псевдофурункулезе в воспалительный процесс вовлекаются

- 1) эккриновые потовые железы
- 2) апокриновые потовые железы

- 3) сальные железы
 - 4) волосяной фолликул
36. К основным звеньям патогенеза акне не относится
- 1) фолликулярный гиперкератоз
 - 2) увеличение продукции кожного сала.
 - 3) размножение *staphylococcus aureus*
 - 4) воспаление
37. При фурункулезе обязательно исследование
- 1) крови на сахар
 - 2) мочи на креатинин
 - 3) кала на гельминты
 - 4) крови на стерильность
38. При болезни Девержи имеется два возрастных пика заболеваемости _____ десятилетия жизни
- 1) первое и пятое
 - 2) второе и четвертое
 - 3) третье и седьмое
 - 4) второе и пятое
39. Для стрептококковых пиодермий характерно наличие гнойничков
- 1) с плоской, дряблой крышкой
 - 2) с напряженной крышкой
 - 3) конической формы
 - 4) полусферической формы
40. Стандартом лечения микроспории волосистой части головы является
- 1) итраконазол
 - 2) гризеофульвин
 - 3) флуконазол
 - 4) пимафуцин
41. Если педагог приспособливает свое общение к особенностям аудитории, то его деятельность можно отнести к _____ уровню
- 1) адаптивному
 - 2) локально-моделирующему
 - 3) продуктивному
 - 4) творческому

42. К характеристикам профессионализации личности врача относятся следующие понятия:

- 1) профессия
- 2) профессиография
- 3) профессиональная пригодность
- 4) не относится ни одно из перечисленных выше понятий

43. Укажите какой вид медицинской помощи в настоящее время является наиболее ресурсоемким

- 1) стационарная
- 2) амбулаторно-поликлиническая
- 3) скорая медицинская помощь
- 4) санаторно-курортная

44. Какова наиболее выраженная тенденция происходящих структурных преобразований в здравоохранении

- 1) сокращение средней продолжительности лечения
- 2) снижение обеспеченности населения медицинскими кадрами
- 3) сокращение коечного фонда
- 4) сокращение среднего числа посещений на одного жителя в год

45. Укажите наиболее точное определение понятия “Политика здравоохранения”

- 1) политика ЗО - совокупность идеологических принципов и практических мероприятий по решению проблем ЗО в обществе и государстве
- 2) политика ЗО - совокупность идеологических принципов по решению проблем ЗО в обществе и государстве
- 3) политика ЗО - совокупность практических мероприятий по решению проблем ЗО в обществе и государстве
- 4) нет верного ответа

46. Для обеспечения целевого и эффективного использования финансовых средств здравоохранения необходимо

- 1) усилить ведомственный и общественный контроль за расходами финансовых средств
- 2) совершенствовать систему учета средств
- 3) совершенствовать конкурсную систему закупок и широко использовать финансовый лизинг
- 4) все вышеперечисленное верно

47. Укажите неправильные методы проведения региональной политики в здравоохранении

- 1) развитие принципа федерализма и проведение на его основе

регионализации и децентрализации

- 2) согласительные - договорные процедуры обеспечивающие интересы регионального развития
- 3) селективная поддержка депрессивных региональных систем
- 4) директивное планирование и распределение ресурсов федеральным центром

48. В случае угрозы загрязнения радиоактивным йодом для предупреждения поражения щитовидной железы внутрь следует принимать:

- 1) 10% раствор хлорида натрия
- 2) 0,9% раствор хлорида натрия
- 3) 5% раствор глюкозы
- 4) 5% раствор йода

49. Территория, подвергнутая воздействию паров ядовитого вещества, называется:

- 1) Очагом химического заражения
- 2) Зоной химического заражения
- 3) Территорией химического заражения
- 4) Зоной загрязнения

50. Поражающим фактором при взрыве на хладокомбинате является:

- 1) Окись углерода
- 2) Серная кислота
- 3) Аммиак
- 4) Хлор

51. Антидоты синильной кислоты:

- 1) Дипириксим, атропин
- 2) В очаге – амилнитрит под маску противогаза или вводят раствор тиосульфата натрия
- 3) Антифомсилан
- 4) Кодеин

52. При наличии в атмосфере паров аммиака необходимо перемещаться:

- 1) В верхние этажи зданий
- 2) На улицу
- 3) В нижние этажи и подвалы
- 4) Перемещаться нет смысла

53. Вторичный период сифилиса начинается с момента заражения в среднем через

- 1) 1-2 месяца

- 2) 2-3 месяца
- 3) 3-4 месяца
- 4) 6 месяцев

54. В лечение хламидийной инфекции, согласно рекомендациям РОДВК применяют

- 1) джозамицин
- 2) кларитромицин
- 3) рокситромицин
- 4) ровамицин

55. К атипичным формам твердого шанкра не относится

- 1) индуративный отек
- 2) фагеденический твердый шанкр
- 3) шанкр-панариций
- 4) шанкр-амигдалит

56. Основные изменения при гистологическом исследовании сифилидов вторичного периода выявляются в

- 1) эпидермисе
- 2) дерме
- 3) подкожной клетчатке
- 4) мышцах

57. Для вторичного сифилиса не характерным является

- 1) полиморфизм высыпаний
- 2) отсутствие островоспалительных явлений
- 3) зуд в очагах поражения
- 4) самопроизвольное разрешение высыпаний

58. Зубы Гетчинсона – это изменение

- 1) постоянных нижних центральных резцов
- 2) молочных верхних центральных резцов
- 3) молочных нижних центральных резцов
- 4) постоянных верхних центральных резцов

59. После контакта с больным сифилисом КСР становится положительным через

- 1) 2 недели
- 2) 6-7 недель
- 3) 8-9 недель
- 4) 10-12 недель

60. Третичный сифилис характеризуется всем перечисленным, кроме

- 1) ограниченности поражения
 - 2) наклонности элементов к распаду
 - 3) болезненности в очагах поражения
 - 4) образования рубцов на месте разрешившихся элементов
61. Осложнением твердого шанкра не является
- 1) фимоз
 - 2) парафимоз
 - 3) гангренизация
 - 4) индуративный отек
62. Для сифилитического склераденита не характерно наличие
- 1) увеличенных регионарных лимфоузлов
 - 2) лимфоузлов плотно-эластической консистенции
 - 3) спаянности лимфоузлов друг с другом
 - 4) болезненности лимфоузлов
63. Для сифилитической эритематозной ангины характерным является
- 1) резкая граница эритемы в зеве
 - 2) выраженная отечность миндалин с обеих сторон
 - 3) резкая болезненность
 - 4) высокая температура тела
64. При лечении крапивницы препаратом выбора является
- 1) левоцетиризин
 - 2) рифампицин
 - 3) ровамицин
 - 4) рокситромицин
65. Вариантами форм бугоркового сифилида являются все перечисленные, кроме
- 1) одиночной
 - 2) сгруппированной
 - 3) карликовой
 - 4) серпигинирующей
66. Наиболее частой причиной рецидивов гонореи является ассоциация гонококков с
- 1) хламидиями
 - 2) трихомонадами
 - 3) микоплазмой
 - 4) гарднереллами

67. Наиболее доступным для поражения гонококками является слизистые оболочки, выстланные

- 1) многослойным полоским неороговевающим эпителием
- 2) цилиндрическим эпителием
- 3) многослойным полоским ороговевающим эпителием
- 4) кубическим эпителием

68. При обследовании на гонорею женщин забор отделяемого для исследования производится из всех очагов, кроме

- 1) уретры
- 2) прямой кишки
- 3) заднего свода влагалища
- 4) цервикального канала

69. К препаратам, воздействующим на неспецифическую реактивность организма не относится

- 1) иммунофан
- 2) ирунин
- 3) виферон
- 4) ликопид

70. Средством терапии острой гонореи является

- 1) цефтриаксон
- 2) джозамицин
- 3) азитромицин
- 4) ровамицин

71. Местное лечение у мужчин при острой гонорее включает

- 1) инстилляцию 0,25% р-ра нитрата серебра
- 2) тампонирование уретры по Вашкевичу
- 3) местное лечение не применяется
- 4) верно 1) и 2)

72. К топическим стероидам, применяемым при осложненных алергодерматозах не относится

- 1) пимафукорт
- 2) кандидерм
- 3) тридерм
- 4) афлодерм

73. Местные аллергические реакции немедленного типа- это

- 1) феномен Артюса-Сахарова (ягодичная реакция)
- 2) контактный аллергический дерматит
- 3) конъюнктивит

- 4) фарингит
74. Дезинтоксикационным эффектом обладают
- 1) тиосульфат натрия
 - 2) нео гемодез
 - 3) сернокислая магнезия
 - 4) все перечисленное
75. О начале синдрома отмены при лечении глюкокортикоидными гормонами свидетельствует
- 1) анорексия
 - 2) гипотония
 - 3) миалгия
 - 4) все перечисленное
76. К эмолентам не относится
- 1) Протопик
 - 2) Эмолиум
 - 3) Локобейз
 - 4) Топи-крем
77. Недостаток в организме витаминов группы В обуславливает все вышеперечисленное, кроме
- 1) дистрофии волос
 - 2) пеллагры
 - 3) дистрофии ногтей
 - 4) глосситов
78. Для простого пузырькового лишая не характерно наличие
- 1) волдырей
 - 2) пузырьков
 - 3) группировки высыпаний на ограниченном участке кожи
 - 4) склонности к рецидивам
79. Для наружного лечения микозов применяются все перечисленное, кроме
- 1) экзодерила
 - 2) ламизила
 - 3) сертамикола
 - 4) локоида
80. У девочек при гонорее наиболее часто поражаются:
- 1) матка и придатки
 - 2) уретра и цервикальный канал
 - 3) вульва и влагалище

- 4) ампулярный отдел ректум
81. Поражение кожи может наблюдаться при всех заболеваниях, кроме:
- 1) лешманиоза
 - 2) хламидийной инфекции
 - 3) микоплазменной инфекции
 - 4) мастоцитозе
82. Гуммозные поражения на коже следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
- 1) скрофулодермы
 - 2) парапсориаза
 - 3) хронической язвенной пиодермии
 - 4) лепры
83. Больным атопическим дерматитом в фазу ремиссии назначают
- 1) эмоленты
 - 2) топические стероиды
 - 3) противогрибковые мази
 - 4) противовирусные мази
84. Излюбленной локализацией колликувативного туберкулеза является
- 1) подчелюстные и шейные лимфатические узлы
 - 2) подкрыльцовые лимфатические узлы
 - 3) пахово-бедренные лимфатические узлы
 - 4) кубитальные лимфатические узлы
85. Бородавки вызываются
- 1) ВПГ - 8
 - 2) ВПГ-1 или ВПГ - 2
 - 3) папилломавирусом человека
 - 4) вирусом Эпштейна-Барра
86. Материалом для исследования на наличие хламидий является
- 1) соскоб эпителия со слизистой уретры и глотки
 - 2) соскоб эпителия со слизистой влагалища
 - 3) свободные выделения из мочеиспускательного канала
 - 4) верно 1) и 2)
87. Для вторичного сифилиса характерно наличие
- 1) папул
 - 2) узлов
 - 3) бугорков
 - 4) волдырей

88. Для простого контактного дерматита характерны
- 1) везикуляция и мокнутие
 - 2) эритема, отечность, пузыри
 - 3) склонность к рецидивам
 - 4) верно 1 и 3
89. Эккриновые потовые железы поражаются при
- 1) акне
 - 2) псевдофурункулезе
 - 3) фурункулезе
 - 4) гидрадените
90. При распространенном экссудативном псориазе эффективным является применение
- 1) системных глюкокортикостероидов
 - 2) цитостатиков
 - 3) витаминов
 - 4) антигистаминных препаратов
91. Эрозия может возникнуть на месте:
- 1) волдыря
 - 2) пузыря
 - 3) бугорка
 - 4) пятна
92. При лечении пиодермий не применяют
- 1) системные антибиотики
 - 2) топические антибиотики
 - 3) стафилококковый анатоксин
 - 4) ингибиторы кальциневрина
93. Клиническими формами кандидоза являются
- 1) кандидоз слизистых оболочек и складок кожи
 - 2) висцеральный кандидоз
 - 3) хронический генерализованный кандидоз
 - 4) все вышеперечисленные
94. Чесоткой можно заразиться
- 1) при поцелуе
 - 2) при половых контактах
 - 3) при купании в бассейне
 - 4) воздушно-капельным путем

95. Остроконечные кондиломы локализуются
- 1) в местах перехода кожи в слизистую оболочку
 - 2) на ладонях и подошвах
 - 3) в складках кожи
 - 4) верно 1 и 3
96. Бактериальный вагиноз характеризуется следующими признаками
- 1) обнаружением «ключевых клеток» >20%
 - 2) «амиачным» запахом при проведении пробы с 10% раствором КОН
 - 3) наличием «кремообразного» отделяемого в заднем своде влагалища
 - 4) всем перечисленным
97. Диастема Гаше – это
- 1) проявление раннего врожденного сифилиса
 - 2) вероятный признак позднего врожденного сифилиса
 - 3) сифилитическая дистрофия позднего врожденного сифилиса
 - 4) клинический признак атопического дерматита
98. Для лечения токсикодермии используется все, кроме:
- 1) реланиума
 - 2) препаратов кальция
 - 3) преднизолона
 - 4) нео-гемодеза
99. Диагностическим симптомом, характерным для красной волчанки, является симптом
- 1) Бенъе-Мещерского
 - 2) Никольского
 - 3) стеаринового пятна
 - 4) зонда
100. Дифференциальная диагностика высыпаний при дерматозе Дюринга проводится со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
- 1) вульгарной пузырчатки
 - 2) буллезного пемфигоида
 - 3) многоформной экссудативной эритемы
 - 4) дискоидной красной волчанки

Эталоны ответов

Вариант 1.

1.- 4	11.- 1	21.- 2	31.- 4	41.- 3
2.- 3	12.- 1	22.- 4	32.- 2	42.- 2
3.- 3	13.- 2	23.- 3	33.- 1	43.- 2
4.- 1	14.- 2	24.- 4	34.- 2	44.- 1
5.- 1	15.- 1	25.- 1	35.- 4	45.- 2
6.- 1	16.- 1	26.- 2	36.- 4	46.- 2
7.- 4	17.- 3	27.- 1	37.- 3	47.- 3
8.- 4	18.- 4	28.- 1	38.- 3	48.- 4
9.- 4	19.- 2	29.- 1	39.- 4	49.- 2
10.- 2	20.- 4	30.- 2	40.- 3	50.- 3
51.- 4	61.- 3	71.- 3	81.- 2	91.- 1
52.- 3	62.- 1	72.- 2	82.- 4	92.- 1
53.- 1	63.- 1	73.- 3	83.- 4	93.- 1
54.- 4	64.- 4	74.- 1	84.- 2	94.- 2
55.- 1	65.- 2	75.- 3	85.- 4	95.- 1
56.- 2	66.- 2	76.- 4	86.- 4	96.- 4
57.- 2	67.- 2	77.- 3	87.- 4	97.- 1
58.- 3	68.- 1	78.- 2	88.- 1	98.- 4
59.- 3	69.- 4	79.- 2	89.- 1	99.- 4
60.- 3	70.- 1	80.- 1	90.- 4	100.- 3

Вариант 2.

1.- 3	11.- 3	21.- 3	31.- 4	41.- 4
2.- 2	12.- 4	22.- 3	32.- 1	42.- 2
3.- 1	13.- 4	23.- 1	33.- 1	43.- 3
4.- 3	14.- 4	24.- 3	34.- 4	44.- 4
5.- 2	15.- 1	25.- 4	35.- 4	45.- 4
6.- 4	16.- 2	26.- 4	36.- 4	46.- 4
7.- 2	17.- 4	27.- 3	37.- 1	47.- 2
8.- 4	18.- 4	28.- 3	38.- 2	48.- 2
9.- 3	19.- 3	29.- 4	39.- 2	49.- 4
10.- 3	20.- 3	30.- 4	40.- 3	50.- 4
51.- 3	61.- 1	71.- 4	81.- 4	91.- 2
52.- 4	62.- 4	72.- 1	82.- 2	92.- 4
53.- 2	63.- 4	73.- 4	83.- 2	93.- 3
54.- 3	64.- 2	74.- 2	84.- 1	94.- 4
55.- 4	65.- 2	75.- 1	85.- 1	95.- 1
56.- 4	66.- 4	76.- 4	86.- 1	96.- 2
57.- 4	67.- 4	77.- 4	87.- 3	97.- 1

58.- 2	68.- 2	78.- 3	88.- 4	98.- 1
59.- 3	69.- 2	79.- 3	89.- 2	99.- 1
60.- 3	70.- 4	80.- 2	90.- 4	100.- 2

Вариант 3.

1.- 1	11.- 1	21.- 4	31.- 4	41.- 1
2.- 4	12.- 1	22.- 2	32.- 4	42.- 2
3.- 1	13.- 4	23.- 2	33.- 3	43.- 1
4.- 2	14.- 2	24.- 1	34.- 4	44.- 3
5.- 2	15.- 1	25.- 4	35.- 1	45.- 1
6.- 4	16.- 4	26.- 1	36.- 3	46.- 4
7.- 2	17.- 4	27.- 3	37.- 1	47.- 4
8.- 2	18.- 3	28.- 4	38.- 1	48.- 4
9.- 2	19.- 3	29.- 2	39.- 1	49.- 2
10.- 4	20.- 2	30.- 4	40.- 2	50.- 3
51.- 2	61.- 4	71.- 3	81.- 3	91.- 2
52.- 3	62.- 3	72.- 4	82.- 2	92.- 4
53.- 2	63.- 1	73.- 1	83.- 1	93.- 4
54.- 1	64.- 1	74.- 4	84.- 1	94.- 2
55.- 2	65.- 1	75.- 4	85.- 3	95.- 4
56.- 2	66.- 2	76.- 1	86.- 1	96.- 4
57.- 3	67.- 2	77.- 2	87.- 3	97.- 3
58.- 4	68.- 3	78.- 1	88.- 2	98.- 1
59.- 2	69.- 2	79.- 4	89.- 2	99.- 1
60.- 3	70.- 1	80.- 3	90.- 2	100.- 4