

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 25.08.2025 11:48:15
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

**Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры**

«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Утверждаю
Проректор по учебно-методической работе
_____ Е.В.Коновалова
(подпись, расшифровка подписи)
“11” _____ июня _____ 2025 г., протокол №5

ПРОГРАММА

государственной итоговой аттестации выпускников по специальности

31.08.32 Дерматовенерология

(код, наименование специальности)

(уровень подготовки кадров высшей квалификации)

квалификация - врач - дерматовенеролог

(наименование квалификации)

Рабочая программа составлена в соответствии с требованиями Федерального Государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации №1074 от 25 августа 2014 г.

Составители программы:

к.м.н., доцент кафедры кафедры многопрофильной
клинической подготовки МИ СурГУ

Ефанова Е.Н.

Рецензенты программы:

к.м.н., доцент кафедры кафедры многопрофильной
клинической подготовки МИ СурГУ

Нелидова Н.В.

главный врач Общества с ограниченной ответственностью
Учреждение здравоохранения лечебно-диагностический
центр «Наджа-Мед»

Иванникова Е.Н.

Согласование рабочей программы

Подразделение (кафедра/ библиотека)	Дата согласования	Ф.И.О., подпись нач. подразделения
Кафедра многопрофильной клинической подготовки		заведующий кафедрой д.м.н., профессор Климова Н.В.
Отдел комплектования НБ СурГУ		зав. отделом Дмитриева И.И.

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена на заседании многопрофильной клинической подготовки протокол от 07.04.2025 №16

Заведующий кафедрой д.м.н., проф. Климова Н.В.

Программа рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Медицинского института 24.04.2025 г. протокол №8

Председатель УМС к.м.н., преподаватель Васильева Е.А.

Программа государственной итоговой аттестации утверждена на заседании Ученого Совета МИ БУ ВО ХМАО-ЮГРЫ «Сургутский государственный университет» 30.04.2025 г. протокол №8

Председатель Ученого Совета МИ, директор МИ
д.м.н. профессор Коваленко Л.В.

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ

1.1 Общие положения

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- Федеральный закон от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.08.2013 г №661. «Об утверждении правил разработки, утверждения Федеральных государственных образовательных стандартов и внесения в них изменений»;
- Письмо Минздравсоцразвития России от 18.04.2012 №16-2/10/2-3902 «О порядке организации и проведения практической подготовки по основным образовательным программам среднего, высшего и послевузовского медицинского или фармацевтического образования и дополнительным профессиональным образовательным программам»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития России от 23.04.2009 г. №210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»;
- Приказ Министерства здравоохранения от 29.11.2012 №982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 г №707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранения и медицинские науки»;
- Приказ Минобрнауки России от 18.03.2016 №227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки»;
- Приказ Минобрнауки России от 19.11.2013 г. №1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры»;
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации № 1074 от 25 августа 2014 г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации);
- Устав БУ ВО «Сургутский государственный университет»;
- ПСП-2.13 «Положение о медицинском институте»;
- СТО-2.1.2 «Образовательная программа высшего образования – программа ординатуры».
- СТО-2.12.2-16 г. «Государственная итоговая аттестация выпускников ординатуры медицинского института».

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) проводится на основе принципа объективности оценки качества подготовки обучающихся для определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы по специальности 31.08.32 Дерматовенерология соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта (далее – ФГОС ВО).

ГИА включает в себя подготовку и проведение государственного междисциплинарного экзамена.

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основных профессиональных образовательных программ высшего образования требованиям ФГОС ВО.

К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, завершившие в полном объеме курс теоретического и практического обучения и успешно выполнившие все требования учебного плана.

1.2. Квалификационная характеристика профессиональной деятельности выпускника ординатуры СурГУ по специальности 31.08.32 Дерматовенерология

1.2.1. Область профессиональной деятельности выпускника

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры по специальности 31.08.32 Дерматовенерология, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

1.2.2. Объекты профессиональной деятельности выпускника

Объектами профессиональной деятельности выпускников ординатуры являются:

- физические лица в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет и в возрасте старше 18 лет;
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Врач — выпускник ординатуры по специальности 31.08.32 Дерматовенерология имеет право выполнять лечебно-профилактическую деятельность самостоятельно. Выпускник ординатуры имеет право занимать врачебные должности, связанные с непосредственным ведением больных.

1.2.3 Виды профессиональной деятельности выпускника

Специалист по направлению специальности 31.08.32 Дерматовенерология готовится к следующим видам профессиональной деятельности:

- профилактической
- диагностической
- лечебной
- реабилитационной
- психолого-педагогической
- организационно-управленческой.

1.2.4 Задачи профессиональной деятельности выпускника ординатуры и приобретаемые знания, владения, умения

Врач - выпускник по специальности 31.08.32 Дерматовенерология подготовлен к решению следующих профессиональных задач:

профилактическая деятельность:

предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
диагностика неотложных состояний; диагностика беременности; проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

оказание специализированной медицинской помощи;
участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

проведение медицинской реабилитации;

психолого-педагогическая деятельность:

формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;

организация проведения медицинской экспертизы;

организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам; ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и структурных подразделениях;

создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

соблюдение основных требований информационной безопасности.

1.2.5. Требования к освоениям программы ординатуры

В результате освоения программы ординатуры у выпускника по программе ординатуры должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции:

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

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

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

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

2.5.2. Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

Профилактическая деятельность:

готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

Диагностическая деятельность:

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

Лечебная деятельность:

готовностью к ведению, лечению пациентов, нуждающихся в оказании дерматовенерологической медицинской помощи (ПК-6);

готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

Реабилитационная деятельность:

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

Психолого-педагогическая деятельность:

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

Организационно-управленческая деятельность:

готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

2. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

2.1 Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Раздел 1. ОБЩАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

1. Характеристика дерматологии как науки. Исторические этапы развития дерматологии в России. Структура дерматовенерологической службы.
2. Строение кожи.
3. Физиология кожи. Функции кожи.
4. Морфологические элементы: первичные (пятно, узелок, бугорок, узел, волдырь, пузырек, пузырь, гнойничок), вторичные (пигментация, эрозия, язва, чешуйка, корка, трещина, лихенификация, вегетация, экскориация, рубец).
5. Основные патогистологические изменения в эпидермисе и дерме.
6. Методика обследования дерматологического больного.
7. Методы изучения больного, используемые в дерматовенерологии: клинические, гистологические, микробиологические, физиологические, биохимические, иммунологические.

Раздел 2. ЧАСТНАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

1. Дерматиты. Определение дерматитов: простые или контактные, искусственные или артифициальные у лиц с нормальной реактивностью кожи (этиология, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз); сенсibilизационный или аллергический (этиология, дифференциальный диагноз, кожные тесты, лечение, прогноз). Понятия об облигатных и факультативных раздражителях (аллергенах).
2. Токсидермия. Определение токсидермии; этиология и патогенез; клиника, общие симптомы, морфологические типы реакций на отдельные медикаменты; диагностика токсидермий (аллергологический анамнез, кожные тесты, иммунологические тесты); принципы лечения; профилактика. Синдром Лайелла.
3. Профессиональные болезни кожи. Определение профессионального заболевания кожи, этиология, патогенез, классификация. Основные клинические формы профессиональных

дерматозов (дерматиты, экземы, токсидермии, гиперкератозы, стигмы). Принципы диагностики, лечения.

4. Экзема. Этиология; патогенез; клиника, стадии развития экзематозного процесса, патогномоничные симптомы. Клинические формы экземы: истинная, микробная, себорейная, профессиональная, детская, роговая (тилотическая), дисгидротическая. Гистопатология экземы. Течение; диагноз; лечение.

5. Кожный зуд. Причины, вызывающие кожный зуд; патофизиологические аспекты возникновения зуда. Зуд как один из симптомов соматической патологии. Клинические разновидности кожного зуда, лечение, профилактика.

6. Нейродермит. Этиология, патогенез, клиника, течение, осложнения, прогноз; патогистология; диагностика; дифференциальный диагноз; лечение, профилактика.

7. Пчесуха. Патогенез, клинические формы, лечение.

8. Крапивница. Этиология; патогенез; клинические разновидности; диагноз, дифференциальный диагноз; лечение; неотложная помощь при отеке Квинке; прогноз; профилактика.

9. Псориаз. Этиология (неврогенная, наследственная и вирусная теории), патогенез; клиника, диагноз и дифференциальный диагноз, лечение, санаторно-курортное лечение, диспансеризация, профилактика.

10. Красный плоский лишай. Этиология, патогенез, клиника, клинические разновидности, поражения слизистой оболочки полости рта, исход, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение.

11. Пиодермия. Этиология, патогенез (роль микроорганизмов, значение состояния макроорганизма, влияние факторов среды обитания и производственной деятельности); классификация; стафилодермии и стрептодермии (клинические формы), смешанные формы пиодермии.

12. Чесотка. Этиология (характеристика чесоточного клеща), эпидемиология; клиническая картина и осложнения заболевания (норвежская чесотка, чесотка у детей, малосимптомные и стертые формы чесотки); диагностика (техника забора материала, микроскопия препарата) и дифференциальная диагностика (дисгидроз, кожный зуд, диффузный нейродермит, пиодермия, экзема, пчесуха). Методы лечения чесотки.

13. Поражения кожи, вызванные клещами животных. Дерматозы, вызванные укусами клопов, блох. Педикулез. Эпидемиология, клиника, лечение,

14. профилактика.

15. Туберкулез кожи.

16. Лепра.

17. Лейшманиоз кожи.

18. Простой пузырьковый лишай. Этиология, клиника, дифференциальный диагноз, лечение.

19. Опоясывающий лишай.

20. Бородавки. Этиология; клиника (обыкновенные, плоские, подошвенные); лечение.

21. Контагиозный моллюск. Этиология; клиника; лечение.

22. Красная волчанка.

23. Склеродермия. Этиология, патогенез, клинические разновидности ограниченной склеродермии (бляшечная, линейная, поверхностная - "болезнь белых пятен", идиопатическая Пазини-Пьерини), стадии, дифференциальный диагноз, лечение. Системная склеродермия, кожные изменения пальцев кистей, кожи и мягких тканей лица. Синдром Тибержа-Вейссенбаха. Диагностика, лечение, прогноз.

24. Дерматомиозит.

25. Истинная (акантолитическая) пузырчатка. Герпетиформный дерматоз Дюринга.

26. "Герпес беременных", особенности лечения.

27. Себорея.

28. Гипергидроз. Патогенез, клиника, лечение.

29. Витилиго. Клиника, лечение.

30. Гнездная плешивость.

31. Васкулиты. Этиологии, патогенез, основные классификации. Клинические формы васкулитов; лечение. Параспориоз. Принципы лечения.
32. Лимфомы кожи.
33. Новообразования кожи. Невусы; доброкачественные и злокачественные опухоли эпителиальной ткани; опухоли соединительной ткани. Меланома.
34. Фотодерматозы. Классификация (врожденные, приобретенные, токсико-инфекционные, пищевые, профессиональные, медикаментозные). Клинические формы.
35. Заболевания кожи, связанные с нарушением обмена веществ. Ксантома, ксантелазма, липоидный некробиоз, амилоидоз, липоидоз, кальциноз.
36. Розацеа и розацеаподобный дерматит ("периоральный дерматит" или "болезнь стюардесс").
37. Болезни волос и ногтей. Этиология и патогенез, клиника, лечение. Поражения кожи и ее придатков при нарушениях функций нейроэндокринной системы.
38. Патомимии (дерматозоидный бред, трихотилломания, онихофагия, хейлофагия, эпидермотилломания). Патогенез, клиника, лечение.
39. Наследственные заболевания кожи. Факоматозы.
40. Ихтиозы и ихтиозиформные эритродермии. Классификация (вульгарный ихтиоз, Х-сцепленный рецессивный ихтиоз, небуллезная врожденная ихтиозиформная эритродермия, буллезная врожденная ихтиозиформная эритродермия, пластинчатый ихтиоз).
41. Кератодермии. Генодерматозы, характеризующиеся дистрофией соединительной ткани. Буллезный эпидермолиз. Дисхромии наследственные.
42. Особенности течения кожных заболеваний у новорожденных и в раннем детском возрасте.
43. Особенности течения и терапии дерматозов у лиц пожилого и старческого возраста.
44. Принципы общего и местного лечения кожных болезней.
45. Отбор, показания и противопоказания для лечения больных хроническими дерматозами с использованием курортных факторов.
46. Экспертиза трудоспособности при заболеваниях кожи. Медицинская косметология в реабилитации больных хроническими дерматозами.

Раздел 3. ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Общие вопросы эпидемиологии, этиология, морфология, патогенез.

Классификация.

1. Кератомикозы (разноцветный лишай, узловатая трихоспория).
2. Дерматофитии:
Эпидермофития (паховая, эпидермофития стоп, ногтей). Руброфития (гладкой кожи, стоп, кистей и ногтей). Трихофитии (антропонозная, зоонозная).
Микроспория (антропонозная, зоонозная). Фавус.
3. Кандидоз (поверхностный, хронический, генерализованный, висцеральный).
4. Глубокие микозы.
5. Псевдомикозы: эритразма, подкрыльцовый трихомикоз, актиномикоз, нокардиоз.

Раздел 4. ВЕНЕРОЛОГИЯ

1. Сифилис. Основные этапы развития. Социальные аспекты венерических заболеваний. Методика обследования больных венерическими заболеваниями. Вопросы деонтологии. Этиология, эпидемиология. Иммунитет, общее течение, классификация.
2. Первичный период сифилиса. Клинические проявления. Клиническая характеристика твердого шанкра (разновидности твердого шанкра, диагностические признаки). Характеристика регионарного лимфаденита. Осложнения твердого шанкра, дифференциальный диагноз, серологические реакции.
3. Вторичный период сифилиса. Клиника вторичного свежего сифилиса. Скрытый сифилис (сифилис скрытый ранний, сифилис скрытый поздний, сифилис скрытый неуточненный).
4. Третичный сифилис (третичный активный и третичный скрытый), основные клинические формы бугоркового и гуммозного сифилиса.

5. Врожденный сифилис. Классификация. Клинические проявления в различных стадиях врожденного сифилиса.
6. Гонорея. Характеристика возбудителя. Эпидемиология, классификация. Гонорея у мужчин. Гонорея у женщин и девочек.
7. Трихомоноз. Возбудитель. Эпидемиология. Клиника трихомоноза у женщин и у мужчин. Лабораторная диагностика, лечение.
8. Хламидиоз.
9. Уреаплазмоз. Микоплазмоз. Гарднереллез.
10. Кандидоз, герпетические и цитомегаловирусные инфекции половых органов. Заболевания, вызываемые папиллома-вирусом.
11. Мягкий шанкр.
12. Лимфогранулематоз венерический (четвертая венерическая болезнь).
13. Гранулема венерическая (донованоз, пятая венерическая болезнь). Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
14. Эндемические трепонематозы. Пинта. Фрамбезия. Беджель. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
15. Кожные проявления ВИЧ-инфекции.

2.2 Рекомендации ординаторам по подготовке к государственному экзамену

2.2.1 Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, устанавливает выпускающая кафедра по специальности ординатуры.

2.2.2 Приказом ректора университета утверждается государственная экзаменационная комиссия, состав которой доводится до сведения ординатора.

2.2.3 Допуск каждого ординатора к государственным экзаменам осуществляется приказом проректора по учебно-методической работе.

2.2.4 В соответствии с программой государственных экзаменов проводятся консультации.

2.2.5 Сроки проведения экзаменов и консультаций отражаются в расписании.

2.2.6 ГИА выпускников ординатуры предусматривает оценку теоретической и практической профессиональной подготовленности на основе федеральных государственных образовательных стандартов к минимуму содержания и уровню подготовки выпускника по специальности 31.08.32 Дерматовенерология.

2.2.7 ГИА по специальности осуществляется в три этапа:

- проверка уровня теоретической подготовленности путем междисциплинарного тестового экзамена на безмашинной или компьютерной основе;
- проверка уровня освоения практических умений;
- оценка теоретических знаний и умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе устного собеседования по билетам (проводится при проведении государственного экзамена по специальности).

2.2.8 ГИА состоит из трех последовательных этапов проверки, каждый из которых в результате определяется оценками: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Положительная оценка сдачи каждого из этапов являются основанием для допуска к следующему этапу аттестации и собеседованию при сдаче государственного экзамена по специальности.

2.2.9 При подготовке к ответу в устной форме обучающиеся делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом института.

2.2.10 При необходимости обучающемуся после ответа на теоретический вопрос билета задаются дополнительные вопросы.

2.2.11 После завершения ответа члены экзаменационной комиссии, с разрешения ее председателя, могут задавать обучающемуся дополнительные вопросы, не выходящие за пределы программы государственного экзамена. На ответ по билету и вопросы членов комиссии отводится не более 30 минут.

2.2.12. По завершении государственного экзамена экзаменационная комиссия на закрытом заседании обсуждает характер ответов каждого обучающегося и выставляет каждому обучающемуся согласованную итоговую оценку.

2.2.13. Итоговая оценка по устному экзамену сообщается обучающемуся в день сдачи экзамена (по письменному экзамену – на следующий день после сдачи экзамена), выставляется в протокол экзамена и зачетную книжку. В протоколе экзамена фиксируются номер и вопросы (задания) экзаменационного билета, по которым проводился экзамен. Председатель и секретарь экзаменационной комиссии расписываются в протоколе и в зачетной книжке.

2.2.14. Протоколы государственного экзамена утверждаются председателем ГЭК, оформляются в специальном журнале, хранятся в учебном отделе в соответствии с номенклатурой дел. По истечении срока хранения протоколы передаются в архив.

2.2.15 Ответ на вопрос билета должен соответствовать основным положениям раздела программы государственного экзамена, предусматривать изложение определений основных понятий.

2.2.16 Порядок и последовательность изложения материала определяется самим обучающимся.

2.2.17 Обучающийся имеет право расширить объем содержания ответа на вопрос на основании дополнительной литературы при обязательной ссылке на авторство излагаемой теории.

2.2.18 Теоретические положения должны подтверждаться примерами из практической деятельности.

2.2.19 Выпускник, не сдавший завершающий этап аттестации, считается не прошедшим ГИА.

2.3 Критерии оценки результатов сдачи государственных экзаменов

2.3.1. Критерии оценок каждого из этапов аттестационных испытаний утверждаются председателем ГЭК. Уровень знаний обучающихся определяется следующими оценками: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно». Все оценки заносятся в протоколы квалификационного экзамена и экзаменационную ведомость (СТО-2.12.2-16 г.)

2.3.2. Критерии результатов междисциплинарного аттестационного тестового экзамена (первый этап) определяются следующими подходами.

Оценка «отлично» ставится – от 90% до 100 % правильных ответов.

Оценка «хорошо» – от 80% до 89,9% правильных ответов.

Оценка «удовлетворительно» – от 70% до 79,9% правильных ответов.

Оценка «неудовлетворительно» – от 0% до 69,9 % правильных ответов.

2.3.3. Критерии второго этапа государственного аттестационного экзамена практические навыки – определяются следующими подходами.

Оценка «отлично» ставится, если обучающийся владеет общепрофессиональными и специальными умениями и навыками; умеет провести обследование, формулировать и обосновывать предварительный диагноз, составить план обследования и лечения больного в соответствии с предварительным диагнозом, умеет проводить дифференциальную диагностику, формулировать полный клинический диагноз в соответствии с современной классификацией, справляется с заданиями без затруднений, правильно обосновывает принятые решения.

Оценка «хорошо» ставится, если обучающийся владеет общепрофессиональными и специальными умениями и навыками; умеет провести обследование, формулировать и обосновывать предварительный диагноз, составить план обследования и лечения больного в соответствии с предварительным диагнозом, умеет проводить дифференциальную диагностику, формулировать полный клинический диагноз в соответствии с современной классификацией, не допускает существенных ошибок и неточностей.

Оценка «удовлетворительно» ставится, если обучающийся освоил только основные практические навыки, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно

правильно трактует формулировки, нарушает последовательность в проведении обследования и лечения больного и испытывает затруднения в выполнении заданий.

Оценка «неудовлетворительно» ставится, если обучающийся демонстрирует отсутствие общепрофессиональных и специальных умений и навыков, допускает принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий, не умеет провести обследование, формулировать и обосновывать предварительный диагноз, составить план обследования и лечения больного в соответствии с предварительным диагнозом, не умеет проводить дифференциальную диагностику, формулировать полный клинический диагноз в соответствии с современной классификацией.

Кроме того, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся, нарушившему правила поведения при проведении экзамена и удаленного с него.

2.3.4. Критерии результатов государственного экзамена по специальности (третий этап) определяются следующими оценками.

Оценка «отлично» ставится, если обучающийся глубоко и прочно усвоил весь программный материал и материал дополнительных источников, исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически его излагает, справляется с заданиями без затруднений, правильно обосновывает принятые решения, умеет самостоятельно обобщать и излагать материал, не допуская ошибок и неточностей.

Оценка «хорошо» ставится, если обучающийся твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допускает существенных ошибок и неточностей в ответе на вопрос, может правильно применять теоретические положения и владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении заданий.

Оценка «удовлетворительно» ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильно трактует формулировки, нарушает последовательность в изложении программного материала и испытывает затруднения в выполнении заданий.

Оценка «неудовлетворительно» ставится, если обучающийся демонстрирует отсутствие знаний отдельных разделов основного учебно-программного материала, допускает принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий, не может правильно применять теоретические положения, не владеет необходимыми умениями и навыками. Кроме того, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся, нарушившему правила поведения при проведении экзамена и удаленного с него.

Итоговая оценка выставляется по совокупности всех оценок за 3 этапа.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по экзамену. В зависимости от результатов экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение «Присвоить звание (квалификацию) специалиста «врач дерматовенеролог» или «Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста «врач дерматовенеролог».

В случае, когда у одного из членов комиссии появится оценка, резко отличающаяся от других, ее надо рассматривать и обсуждать отдельно, так как именно она может быть признана более верной, после заслушивания аргументов, приведенных экспертом, ее поставившим. Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

3. Перечень рекомендуемой литературы

Учебно-методические материалы по дисциплине

6.1.1. Основная литература				
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Чеботарев В.В.	Дерматовенерология: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452912.h	2
Л1.2	Чеботарев В.В., Асхаков М.С.	Дерматовенерология: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455968.h	2
Л1.3	Кочергин Н.Г.	Кожные и венерические болезни : диагностика, лечение и профилактика: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455111.h	2
6.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Самцов А. В., Барбинов В. В.	Дерматовенерология: учебник	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа" 2016	1
Л2.2	Владимиров В. В.	Кожные и венерические болезни: атлас	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа" 2016	1
Л2.3	Альбанова В. И., Пампура А. Н.	Атопический дерматит: учебное пособие	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа" 2016	2
Л2.4	Червонная Л. В.	Пигментные опухоли кожи: [монография]	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа" 2014	2
Л2.5	Альбанова В. И., Забненкова О. В.	L70. Угри: учебное пособие для врачей	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа" 2014	2
Л2.6	Молочков В. А., Киселев В. И., Молочкова Ю. В.	Генитальная папилломавирусная инфекция: [монография]	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа" 2015	2
Л2.7	Кульчавеня Е. В.	Инфекции и секс: туберкулез и другие инфекции уrogenитального тракта как причина сексуальных дисфункций	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа" 2015	1
Л2.8	Горланов И. А.	Детская дерматовенерология: учебник	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа" 2017	1

Л2.9	Владимиров В.В.	Кожные и венерические болезни. Атлас: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016, http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970435465.h	2
Л2.10	Акимов В. Г., Ананьева Л. П., Ахтямов С. Н., Битов Ю. С.	Дерматовенерология: национальное руководство	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020	4
6.1.3. Методические разработки				
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	Притуло О.А., Винцерская Г.А.	Дерматология и венерология: Учебное пособие	Москва: ООО "Научно-издательский центр «НФРА-М», 2019, http://new.znaniium.com/go.php?id=990406	1
Л3.2	Ситкалиева Е. В.	Дерматовенерология: Учебное пособие	Саратов: Научная книга, 2019, http://www.iprbookshop.ru/80980.html	1
Л3.3	Русак Ю. Э., Ефанова Е. Н.	Дерматоонкология: учебно-методическое пособие	Сургут: БУ ВО "Сургутский государственный университет", 2020, https://elib.surgu.ru/	1
Л3.4	Асхаков М.С.	Дерматовенерология. Разноуровневые задания для формирования клинического мышления: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459805.h	2
Л3.5	Ефанова Е. Н., Васильева Е. А., Нелидова Н. В.	Словарь дерматовенерологических терминов (глоссарий): учебно-методическое пособие	Сургут: Сургутский государственный университет, 2021	20
Л3.6	Ситкалиева, Е. В.	Дерматовенерология: учебное пособие	Саратов: Научная книга, 2019, https://www.iprbookshop.ru/80980.htm	1
Л3.7	Климова Н. В., Гаус А. А., Ефанова Е. Н., Нелидова Н. В., Гильбурд О. А., Громова Г. Г., Камка Н. Н.,	Мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению ВИЧ-инфекции: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2022, https://elib.surgu.ru/fulltext/ummr/6839	1
Л3.8	Русак Ю. Э., Ефанова Е. Н., Васильева Е. А.	Дерматовенерология: методические рекомендации по выполнению самостоятельной работы	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2019, https://elib.surgu.ru/local/umr/614	1

ЛЗ.9	Русак Ю. Э., Ефанова Е. Н.	Кожные и венерические болезни: методические указания по изучению дисциплины и проведению занятий	Сургут: БУ ВО "Сургутский государственный университет", 2020, https://elib.surgu.ru/	1
ЛЗ.10	Русак Ю. Э., Ефанова Е. Н.	Детская дерматология: методические указания по изучению дисциплины и проведению занятий	Сургут: БУ ВО "Сургутский государственный университет", 2020, https://elib.surgu.ru/	1
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
ЛЗ.11	Ефанова Е. Н., Нелидова Н. В., Васильева Е. А.	Туберкулез кожи: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2023, https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/6878	1

3.3. Интернет-ресурсы:

1. Электронная библиотека диссертаций (<http://diss.rsl.ru/>)

В связи с вступившей с 1 января 2008 года в действие главой 4-й «Гражданского кодекса РФ», изменились условия доступа к «Электронной библиотеке диссертаций» РГБ: просмотреть или распечатать диссертацию можно только в помещении научной библиотеки СурГУ. База данных Российской государственной библиотеки содержит около одного миллиона полных текстов диссертаций и авторефератов диссертаций. С 2007 года состав ЭБД РГБ пополняется всем объемом диссертаций, включая работы по медицине и фармации. Поступление новых диссертаций в базу данных происходит по мере их оцифровки (около 25000 диссертаций в год). Диссертации можно просмотреть по перечню специальностей или воспользоваться поисковой системой. Каталог электронных версий диссертаций открыт для всех пользователей Интернета без пароля с любого компьютера (домашнего, рабочего и т. д.). Просмотр полнотекстовых электронных версий диссертаций возможен только с компьютеров научной библиотеки по логину и паролю. Получить логин и пароль (зарегистрироваться) можно в зале электронных ресурсов научной библиотеки СурГУ.

2. Polpred.com (<http://polpred.com/>) Обзор СМИ. Архив важных публикаций собирается вручную. База данных с рубрикатором: 53 отрасли / 600 источников / 9 федеральных округов РФ / 235 стран и территорий / главные материалы / статьи и интервью 6000 первых лиц. Ежедневно тысяча новостей, полный текст на русском языке, миллион лучших сюжетов информагентств и деловой прессы за 15 лет. Поиск с настройками. Экспорт в Word сотен статей в один клик. Интернет-сервисы по отраслям и странам. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Существует возможность самостоятельной регистрации пользователей для доступа из дома или с любого устройства. Ссылка "Доступ из дома" в верхнем правом углу polpred.com доступна с ip-адресов библиотеки.

3. АРБИКОН (<http://www.arbicon.ru/>) Доступ к библиографическим записям (с аннотациями) на статьи из журналов и газет (некоторые записи включают ссылки на полные тексты статей в интернете); к объединенному каталогу, обеспечивающему поиск в электронных каталогах более ста библиотек России одновременно; к полнотекстовым авторефератам диссертаций РНБ за 2004 год. Доступ возможен по логину и паролю с компьютеров научной библиотеки.

4. Евразийская патентная информационная система (ЕАПАТИС) (<http://www.eapatiss.com/>) разработана Евразийским патентным ведомством (ЕАПВ) и является информационно-поисковой системой, обеспечивающей доступ к мировым, региональным и национальным фондам патентной документации. Русскоязычный фонд представлен в ЕАПАТИС патентной документацией ЕАПВ, России, национальных патентных ведомств стран евразийского региона, включая документацию стран-участниц Евразийской патентной конвенции.

Предусмотрены различные виды патентных поисков. В результате проведения поиска формируются списки найденных патентных документов и предоставляются их реферативно-библиографические описания.

5. Библиотека диссертаций (<http://disser.h10.ru/about.html>) Доступ к электронным версиям кандидатских и докторских диссертаций по всем отраслям знания. Библиотека формируется в результате добровольного размещения полных текстов диссертаций самими авторами. Поиск возможен по теме, ключевым словам, автору и шифру специальности. Тексты документов в формате MicrosoftWord или pdf.

6. Государственная публичная научно-техническая библиотека Сибирского отделения РАН. (<http://www.spsl.nsc.ru/>) Содержит библиографические записи на отечественные авторефераты диссертаций, входящие в фонд ГПНТБ СО РАН с 1992 года. По содержанию база данных является политематической. Поиск возможен по словам из заглавий и предметных рубрик, а также по фамилии автора. ЭК обновляется еженедельно. Для работы в ЭК требуется бесплатная регистрация.

7. Единое окно доступа к образовательным ресурсам – информационная система (<http://window.edu.ru/window/>) Информационная система "Единое окно доступа к образовательным ресурсам" создана по заказу Федерального агентства по образованию в 2005-2008 гг. Целью создания информационной системы "Единое окно доступа к образовательным ресурсам" (ИС "Единое окно") является обеспечение свободного доступа к интегральному каталогу образовательных интернет-ресурсов, к электронной библиотеке учебно-методических материалов для общего и профессионального образования и к ресурсам системы федеральных образовательных порталов. В разделе Библиотека представлено более 27 000 учебно-методических материалов, разработанных и накопленных в системе федеральных образовательных порталов, а также изданных в университетах, ВУЗах и школах России. Все электронные копии учебно-методических материалов были размещены в "Библиотеке" с согласия университетов, издательств и авторов или перенесены с порталов и сайтов, владельцы которых не возражают против некоммерческого использования их ресурсов. В Каталоге хранится более 54 000 описаний образовательных интернет-ресурсов, систематизированных по дисциплинам профессионального и предметам общего образования, типам ресурсов, уровням образования и целевой аудитории. В ИС "Единое окно" предусмотрена единая система рубрикации, возможен как совместный, так и отдельный поиск по ресурсам "Каталога" и "Библиотеки".

8. КиберЛенинка – научная электронная библиотека (<http://cyberleninka.ru/>) «КиберЛенинка» – это научная электронная библиотека, основными задачами которой является популяризация науки и научной деятельности, общественный контроль качества научных публикаций, развитие современного института научной рецензии и повышение цитируемости российской науки. КиберЛенинка поддерживает распространение знаний по модели открытого доступа (OpenAccess), обеспечивая бесплатный оперативный доступ к научным публикациям в электронном виде, которые в зависимости от договорённостей с правообладателем размещаются по лицензии CreativeCommonsAttribution (CC-BY). Для поиска текстов «КиберЛенинка» предлагает каталог научных статей на основе Государственного рубрикатора научно-технической информации (ГРНТИ), а также систему полнотекстового научного поиска, поддерживающую русскую морфологию. С июня 2013 года «КиберЛенинка» полноценно индексируется в системе научного поиска GoogleScholar. Пользователям библиотеки предоставляется возможность читать научные работы с экрана планшета, мобильного телефона и других современных мобильных устройств.

9. Российская национальная библиотека (http://primo.nlr.ru/primo_library/libweb/action/search.do?menuitem=2&catalog=true) коллекции Электронных изданий Российской национальной библиотеки.

10. УИС Россия (<http://www.cir.ru/>; <http://uisrussia.msu.ru/index.jsp>) Университетская информационная система РОССИЯ включает коллекции законодательных и нормативных документов, статистику Госкомстата и Центризбиркома России, издания средств массовой информации, материалы исследовательских центров, научные издания и т. д. Доступ к

аннотациям и частично полным текстам документов (свободный доступ) можно получить с любого компьютера. Для этого необходимо зарегистрироваться на сайте и получить пароль.

11. Электронный каталог диссертаций и авторефератов (<http://www.nbuu.gov.ua/db/dis.html>) ЭК содержит библиографические записи на 39 тыс. диссертаций и 51 тыс. авторефератов диссертаций с 1994 года.

12. PubMedCentral (PMC) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) База данных обеспечивает свободный доступ к рефератам, полнотекстовым статьям из зарубежных научных журналов по биологии и медицине.

13. Medline (<http://www.medline.ru>) База MEDLINE Национальной медицинской библиотеки США.

14. База данных ВИНТИ (<http://www.viniti.ru/>) по естественным, точным и техническим наукам - База данных (БД) ВИНТИ – одна из крупнейших в России баз данных по естественным, точным и техническим наукам. Включает материалы РЖ (Реферативного Журнала) ВИНТИ с 1981 г. по настоящее время. Общий объем БД – более 20 млн. документов. БД формируется по материалам периодических изданий, книг, фирменных изданий, материалов конференций, тезисов, патентов, нормативных документов, депонированных научных работ, 30% которых составляют российские источники. Пополняется ежемесячно. Документы БД ВИНТИ содержат библиографию, ключевые слова, рубрики и реферат первоисточника на русском языке.

15. База данных ВНИИЦ (<http://www.rntd.citis.ru/>) Всероссийский научно-технический информационный центр (ФГАНУ «ЦИТиС» – Федеральное государственное автономное научное учреждение «Центр информационных технологий и систем органов исполнительной власти») осуществляет формирование и поддержку национального библиотечно-информационного фонда Российской Федерации в части открытых неопубликованных источников научной и технической информации – отчеты о научно-исследовательских работах и опытно-конструкторских разработках (НИР и ОКР), кандидатские и докторские диссертации, переводы, информационные и регистрационные карты НИР и ОКР, информационные карты диссертаций, информационные карты алгоритмов и программ по всем областям науки и техники. БД содержат рефераты и библиографические описания соответствующих полнотекстовых документов.

16. Консультант студента. Электронная библиотека медицинского ВУЗа. (<http://www.studmedlib.ru/>) Электронно-библиотечная система «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» от издательской группы ГЭОТАР – Медиа содержит учебную литературу и дополнительные материалы, в том числе аудио-, видео-, анимации, тестовые задания, необходимые в учебном процессе студентам и преподавателям медицинских вузов.

17. Сургутский виртуальный университет. Электронная библиотека СурГУ.

4. Характеристика экзаменационных билетов для ГИА по специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»

1 этап. Междисциплинарный тестовый экзамен (приложение 1);

2 этап. Практические навыки (приложение 2);

3 этап. Государственный экзамен по специальности - итоговое собеседование: решение типовых ситуационных задач для ГИА медицинских ВУЗов по специальности 31.08.32 «Дерматовенерология» (приложение 3).

5. Материально-техническое оснащение

5.1. Материально-техническое оснащение

1. Учебные аудитории оборудованы мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в

количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;

- аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;

- помещения, оснащенные компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду организации.

2. На клинических базах имеются помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры:

- на клинической базе БУ ХМАО-Югры «Сургутского клинического кожно-венерологического диспансера» занятия практического типа, групповые и индивидуальные консультации, текущий контроль и промежуточная аттестация проводятся в учебной аудитории. Учебная аудитория, оснащенная ноутбуком, проектором, мультимедийной установкой, учебными таблицами, функциональными тренажерами и муляжами, наборами инструментария, таблицами, видеофильмами, методическими пособиями;

- на клинической базе БУ ХМАО-Югры «Нижевартовского клинического кожно-венерологического диспансера» занятия практического типа, групповые и индивидуальные консультации, текущий контроль и промежуточная аттестация проводятся в учебной аудитории. Учебная аудитория, оснащенная ноутбуком, проектором, мультимедийной установкой, видеофильмами, методическими пособиями;

- приемный покой и палаты стационарного отделения (круглосуточный и дневной), процедурные кабинеты, перевязочные кабинеты, кабинеты дерматоскопической диагностики и физиотерапевтический кабинет;

- аудитории симуляционного центра МИ, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, лабораторными инструментами и расходными материалами в достаточном количестве, Мультимедиа-проектор BenQ, Lap Mentor – (лапароскопия); GI Mentor – (эндоскопия); Манекен MegaCodeKid–(ребенок 7 лет для проведения реанимационных мероприятий, с возможностью дефибриляции кардиостимуляции). Манекен для отработки практических навыков СЛР ResusciBaby; Манекен для отработки практических навыков СЛР ResusciJunior; Манекен NursingKid – (ребенок 7 лет с изменяемой физиологией для отработки лечебно-диагностических мероприятий); Цифровой манекен аускультации сердца и легких Z990.; Цифровой манекен-симулятор аускультации сердца и легких UN/DGN-V; Дефибрилятор Zoll: Тренажер «Голова для интубации»; Тренажер для проведения подкожных и внутримышечных инъекций; Тренажер для проведения внутривенных инъекций; Тренажер Nursingkid, Nursingbaby; Тренажер для отработки проведения пункции и дренажа грудной клетки. Набор инструментов для проведения плевральной пункции; тренажер для отработки проведения абдоминальной пункции; троакар, набор инструментов; тонометр, фонендоскоп; пульсоксиметр; негатоскоп, электроды электрокардиографа; мешок АМБУ с набором лицевых масок; кислородная маска; интубационный набор; набор интубационных трубок; система инфузионная; набор шприцев: шприцы 2,0мл 5,0мл 10,0мл; кубитальные катетеры; фиксирующий пластырь; имитаторы лекарственных средств; аспиратор; набор инструментов для коникотимии; ларингеальная маска; воздушный компрессор; вакуумный аспиратор; инфузomat; линеомат; аппарат искусственной вентиляции легких; желудочный зонд; назогастральный зонд; набор катетеров для катетеризации мочевого пузыря, лоток медицинский, перевязочные средства; набор шин; медицинские лотки; медицинская мебель; библиотека результатов лабораторных и инструментальных исследований;

Библиотека ситуационных задач; библиотека клинических сценариев; библиотека оценочных листов.

Расходный материал, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью индивидуально.

6. ПОРЯДОК ПОДАЧИ И РАССМОТРЕНИЯ АПЕЛЛЯЦИЙ

6.1 Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания (Приложение 4), а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена.

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

6.3 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.

6.4 Апелляционная комиссия при рассмотрении апелляции о нарушении установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения ГИА обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат ГИА;
- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения ГИА обучающегося подтвердились и повлияли на результат ГИА.

В последнем случае результат проведения ГИА подлежит аннулированию, в связи с чем, протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения комиссии.

6.5 Обучающемуся предоставляется возможность пройти ГИА в дополнительные сроки, установленные СурГУ.

6.6 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.

6.7 Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

6.8 Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения обучающегося, подавшего апелляцию.

6.9 Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

**БУ ВО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ТЕСТОВЫЙ ЭКЗАМЕН (ПЕРВЫЙ ЭТАП)**

Примеры тестового контроля для междисциплинарного тестового экзамена

1. Типичный красный плоский лишай следует дифференцировать с заболеваниями, сопровождающимися образованием:
 - а) пузырей
 - б) папул и бляшек
 - в) волдырей
 - г) сгруппированных пузырьков
 - д) пустул и корочек
2. Характерным патоморфологическим признаком красного плоского лишая является:
 - а) отсутствие зернистого слоя эпидермиса
 - б) спонгиоз
 - в) дискератоз
 - г) неравномерный гранулёз
 - д) акантолиз
3. В основе симптома Уикхема при красном плоском лишае лежит:
 - а) папилломатоз
 - б) акантолиз
 - в) гипергранулёз
 - г) гиперкератоз
 - д) спонгиоз
4. Для высыпаний красного плоского лишая характерными являются все локализации, кроме:
 - а) тыла кистей
 - б) наружных половых органов
 - в) волосистой части головы
 - г) слизистой оболочки полости рта
 - д) передней поверхности голеней
5. Красный плоский лишай имеет все клинические разновидности, кроме:
 - а) пемфмоидной
 - б) остроконечной
 - в) кольцевидной
 - г) артропатической
 - д) бородавчатой
6. Базисным препаратом в лечении торпидных форм красного плоского лишая являются:
 - а) делагил
 - б) метотрексат
 - в) авлосульфон
 - г) сандиммун
 - д) орунгал
7. В наружной терапии красного плоского лишая показаны:

- а) кортикостероиды
- б) кератолитики
- в) кортикостероиды и кератопластики
- г) примочки с антисептиками
- д) спрегаль

8. Красный плоский лишай – заболевание:

- а) заразное
- б) незаразное
- в) заразное в зависимости от формы заболевания
- г) имеет половой путь передачи

9. Симптом Кёбнера характерен:

- а) только для красного плоского лишая
- б) только для псориаза
- в) для псориаза и красного плоского лишая
- г) для псориаза и нейродермита
- д) для красного плоского лишая и нейродермита

10. Зуд – характерный симптом:

- а) псориаза
- б) красного плоского лишая и нейродермита
- в) розового лишая и псориаза
- г) микроспории гладкой кожи

11. Перечислите клинические проявления общие для псориаза и красного плоского лишая?

- а) мономорфные папулезные высыпания
- б) частое поражение слизистых оболочек
- в) изоморфная реакция Кебнера
- г) мучительный зуд
- д) поражение ногтей

12. Укажите, какие жалобы предъявляет пациент, страдающий красным плоским лишаем:

- а) повышение температуры
- б) интенсивный зуд
- в) бессоница
- г) наличие высыпаний
- д) катаральные явления

13. Основными клиническими характеристиками красного плоского лишая являются:

- а) локализация высыпаний на слизистой оболочке полости рта
- б) мономорфная папулезная сыпь
- в) длительное хроническое течение
- г) появление высыпаний на местах механической травмы
- д) рубцы после исчезновения сыпи

14. Какие клинические характеристики типичны для папул при красном плоском лишае?

- а) полигональные
- б) с восковидным блеском
- в) синюшно-красный цвет
- г) с пупкообразным вдавлением в центре
- д) плоские
- е) покрыты крупнопластинчатыми чешуйками

15. Какие атипичные формы могут наблюдаться при красном плоском лишае:

- а) кольцевидная
- б) пигментная
- в) атрофическая
- г) бородавчатая
- д) пемфигоидная
- е) некротическая

16. При лечении красного плоского лишая применяют:

- а) антибиотики
- б) кортикостероиды

- в) цитостатики
- г) кортикостероиды в сочетании с хлорохином
- д) цитостатики в сочетании с антибиотиками

17. Дерматологический диагноз формулируется, включая все перечисленное, кроме

- а) нозологической формы
- б) клинической формы
- в) характера течения
- г) стадии процесса
- д) эффективности предшествующего лечения

18. Гипоаллергенная диета может назначаться больным

- а) псориазом
- б) буллезными дерматозами
- в) склеродермией
- г) экземой, атопическим дерматитом
- д) все перечисленное

19. Лечебное питание больных дерматитом Дюринга предусматривает

- а) исключение из рациона продуктов, приготовленных из злаков
- б) ограничение углеводов
- в) ограничение белков
- г) ограничение поваренной соли
- д) снижение калорийности пищевого рациона

20. К препаратам, блокирующим H2-гистаминовые рецепторы, относится

- а) циметидин
- б) димедрол
- в) супрастин
- г) фенкарол
- д) диазолин

ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

1 б	2 г	3 а	4 в	5 а	6 г	7 д	8 б	9 г	10 в
11 а	12 в	13 г	14 д	15 е	16 а	17 в	18 г	19 б	20 а

**БУ ВО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ (ВТОРОЙ ЭТАП)**

Примерный перечень основных практических навыков, рекомендованных к освоению

1. Методика опроса, осмотра больного и оформление истории болезни.
2. Составление плана обследования больного.
3. Умение анализировать, оценивать данные клинических, иммунологических, биохимических лабораторных исследований.
4. Оказание неотложной помощи больным с анафилактическими реакциями.
5. Установка и запуск трансфузионных систем для внутривенного введения лекарственных растворов, крови, плазмы, кровезаменителей.
6. Исследование волос, чешуек гладкой кожи и ногтей, патогенные грибы.
7. Выполнение пробы с настойкой йода на скрытое шелушение.
8. Осмотр больного в лучах лампы Вуда, оценка результата свечения.
9. Методика дезинфекции обуви.
10. Методика обнаружения чесоточного клеща.
11. Методика обнаружения волосяной железницы.
12. Поставка аллергических кожных проб.
13. Воспроизведение феномена Никольского.
14. Воспроизведение псориатических феноменов.
15. Воспроизведение феномена «яблочного желе» - методы диаскопии или витроскопии.
16. Поставка и воспроизведение симптома зонда А.И.Поспелова.
17. Воспроизведение феномена «дамского каблучка».
18. Исследование тактильной, болевой, тепловой и холодовой чувствительности.
19. Взятие материала для микробиологического посева на питательные среды и для антибиотикограммы.
20. Постановка пробы Ядассона.
21. Взятие материала на акантолитические клетки, приготовление препаратов и оценка их.
22. Изучение гистологических препаратов.
23. Внутрикожные, подкожные, внутримышечные инъекции и внутривенные вливания.
24. Выполнение биопсии кожи.
25. Применение наружных лекарственных средств.
26. Оценка биодозы УФО.
27. Проведение криотерапии жидким азотом или снегом угольной кислоты.
28. Выписка, оформление рецептов на основные лекарственные средства, применяемые в дерматовенерологии.
29. Исследование стенки уретры на прямом буже.
30. Введение бужа, массаж уретры на прямом буже, введение катетера при острой задержке мочи.
31. Исследование простаты и семенных пузырьков. Взятие секрета простаты, семенных пузырьков, проведение его микроскопии.
32. Проведение инстилляции лекарственных веществ в уретру.
33. Промывание уретры по Жане.
34. Выполнение уретроскопии и лечебной тампонады.
35. Взятие материала из мочеполовых органов, прямой кишки и миндалин на

гонококки.

36. Приготовление и микроскопическое исследование мазки на гонококки – окраска метиленовым синим и по Грамму.
37. Забор материала, приготовление мазков, нативных препаратов для исследования на трихомонады.
38. Забор материала и исследование его на хламидии.
39. Забор материала и исследование его на микоплазмы и гарднереллы.
40. Исследование отделяемого сифилидов на бледную трепонему.
41. Оформление экстренных извещений.
42. Оформление листков временной нетрудоспособности.
43. Представление больных на КЭК.
44. Оформление медицинской документации на МСЭК.
45. Оформление санаторно-курортной карты.
46. Участие в составлении годового отчета отделения или кабинета.
47. Оформление документации для страховой компании.
48. Применение методов физиотерапевтического лечения.
49. Выписывание рецептов.
50. Оказание первой экстренную помощь при острой остановке сердца.
51. Проведение прямого массажа сердца.

**БУ ВО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ (ТРЕТИЙ ЭТАП)**

Пример теоретического вопроса

1. Физиология кожи. Функции кожи. Патогистологические изменения в коже.
2. Крапивница. Этиология; патогенез; клинические разновидности; диагноз, дифференциальный диагноз; лечение; неотложная помощь при отеке Квинке; прогноз; профилактика.
3. Третичный сифилис (третичный активный и третичный скрытый), основные клинические формы бугоркового и гуммозного сифилиса.

Пример ситуационной задачи

Пациент Г., 35 лет, работает водителем. Обратился на прием к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже, зуд кожи, усиливающийся в вечернее и ночное время, появившийся через несколько дней после возвращения из командировки. Последние два дня зуд кожи начал беспокоить жену пациента. Дерматологический статус: на коже живота, передневнутренней поверхности бедер и ягодиц парно расположенные фолликулярные папулы розово-красного цвета до 2 мм в диаметре, геморрагические корочки, эксфолиации. На коже кистей в межпальцевых складках, области запястий визуализируются точечные узелки. Кожа лица, волосистой части головы свободна от высыпаний.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования для уточнения и подтверждения диагноза.
3. Составьте план лечения.
4. Составьте план дезинфекционных мероприятий.

**Резолюция председателя апелляционной
комиссии
СурГУ:**

« ____ » _____ 20__ г.

В апелляционную комиссию
СурГУ

(Ф.И.О. заявителя)

Проживающей (го) по адресу

Телефон _____

Электронная почта _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу пересмотреть в порядке апелляции результат итогового аттестационного испытания
(государственного экзамена/защиты выпускной квалификационной работы), в связи с
(ненужное зачеркнуть)

(указывается на нарушение установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и/или несогласия с результатами государственного экзамена)

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /

(подпись)

(Ф.И.О. заявителя)

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Сургутский государственный университет»**

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Приложение к рабочей программе по дисциплине

**Государственная итоговая аттестация
выпускников ординатуры**

Специальность:

31.08.32 Дерматовенерология

Уровень подготовки кадров высшей квалификации
по программе ординатуры

Квалификация:

Врач-дерматовенеролог

Форма обучения:

очная

Сургут, 2025 г.

**БУ ВО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ТЕСТОВЫЙ ЭКЗАМЕН (ПЕРВЫЙ ЭТАП)**

Программа по специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»

1. Дисциплины: Дерматовенерология, Профпатология, Эпидемиология, Косметология, Физиотерапия, ВИЧ-инфекция, Физиотерапия (адаптационная программа), Детская дерматология.

Компетенция	Значение компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Номера тестов: 1-100
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Номера тестов: 52, 87
УК-3	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	Номера тестов: 1-100
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Номера тестов: 8, 24, 33, 36, 48, 52, 71, 87
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Номера тестов: 32, 65, 69, 74, 75
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации	Номера тестов: 2, 11, 12,

	защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	77
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Номера тестов: 56
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Номера тестов: 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 31, 34, 38, 42, 55, 56, 59, 60, 63, 58, 70, 71, 73, 74, 75
ПК-6	готовность к лечению пациентов, нуждающихся в оказании дерматовенерологической медицинской помощи	Номера тестов: 27, 32, 37, 55, 58, 61, 64, 65, 66, 70, 71, 72, 76, 77, 78, 79, 86, 89, 95
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Номера тестов: 10, 12, 93
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Номера тестов: 36, 69, 78, 79, 80
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Номера тестов: 1, 23, 24, 30, 36, 37, 53
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Номера тестов: 11, 17, 79

Тестовые задания

Инструкция ординатору:

Результаты тестов верны при наличии одного или нескольких правильных ответов.

Варианты тестов

1. Типичный красный плоский лишай следует дифференцировать с заболеваниями, сопровождающимися образованием:

- а) пузырей
- б) папул и бляшек
- в) волдырей

- г) сгруппированных пузырьков
 - д) пустул и корочек
2. Характерным патоморфологическим признаком красного плоского лишая является:
- а) отсутствие зернистого слоя эпидермиса
 - б) спонгиоз
 - в) дискератоз
 - г) неравномерный гранулёз
 - д) акантолиз
3. В основе симптома Уикхема при красном плоском лишае лежит:
- а) папилломатоз
 - б) акантолиз
 - в) гипергранулёз
 - г) гиперкератоз
 - д) спонгиоз
4. Для высыпаний красного плоского лишая характерными являются все локализации, кроме:
- а) тыла кистей
 - б) наружных половых органов
 - в) волосистой части головы
 - г) слизистой оболочки полости рта
 - д) передней поверхности голеней
5. Красный плоский лишай имеет все клинические разновидности, кроме:
- а) пемфмоидной
 - б) остроконечной
 - в) кольцевидной
 - г) артропатической
 - д) бородавчатой
6. Базисным препаратом в лечении торпидных форм красного плоского лишая являются:
- а) делагил
 - б) метотрексат
 - в) авлосульфон
 - г) сандиммун
 - д) орунгал
7. В наружной терапии красного плоского лишая показаны:
- а) кортикостероиды
 - б) кератолитики
 - в) кортикостероиды и кератопластики
 - г) примочки с антисептиками
 - д) спрегаль
8. Красный плоский лишай – заболевание:
- а) заразное
 - б) незаразное
 - в) заразное в зависимости от формы заболевания
 - г) имеет половой путь передачи
9. Симптом Кёбнера характерен:
- а) только для красного плоского лишая
 - б) только для псориаза

- в) для псориаза и красного плоского лишая
- г) для псориаза и нейродермита
- д) для красного плоского лишая и нейродермита

10. Зуд – характерный симптом:

- а) псориаза
- б) красного плоского лишая и нейродермита
- в) розового лишая и псориаза
- г) микроспории гладкой кожи

11. Перечислите клинические проявления общие для псориаза и красного плоского лишая?

- а) мономорфные папулезные высыпания
- б) частое поражение слизистых оболочек
- в) изоморфная реакция Кебнера
- г) мучительный зуд
- д) поражение ногтей

12. Укажите, какие жалобы предъявляет пациент, страдающий красным плоским лишаем:

- а) повышение температуры
- б) интенсивный зуд
- в) бессоница
- г) наличие высыпаний
- д) катаральные явления

13. Основными клиническими характеристиками красного плоского лишая являются:

- а) локализация высыпаний на слизистой оболочке полости рта
- б) мономорфная папулезная сыпь
- в) длительное хроническое течение
- г) появление высыпаний на местах механической травмы
- д) рубцы после исчезновения сыпи

14. Какие клинические характеристики типичны для папул при красном плоском лишае?

- а) полигональные
- б) с восковидным блеском
- в) синюшно-красный цвет
- г) с пупкообразным вдавлением в центре
- д) плоские
- е) покрыты крупнопластинчатыми чешуйками

15. Какие атипичные формы могут наблюдаться при красном плоском лишае:

- а) кольцевидная
- б) пигментная
- в) атрофическая
- г) бородавчатая
- д) пемфигоидная
- е) некротическая

17. При лечении красного плоского лишая применяют:

- а) антибиотики
- б) кортикостероиды
- в) цитостатики
- г) кортикостероиды в сочетании с далагиллом
- д) цитостатики в сочетании с антибиотиками

17. Дерматологический диагноз формулируется, включая все перечисленное, кроме

- а) нозологической формы
- б) клинической формы
- в) характера течения
- г) стадии процесса
- д) эффективности предшествующего лечения

18. Гипоаллергенная диета может назначаться больным

- а) псориазом
- б) буллезными дерматозами
- в) склеродермией

- г) экземой, атопическим дерматитом
 - д) все перечисленное
19. Лечебное питание больных дерматитом Дюринга предусматривает
- а) исключение из рациона продуктов, приготовленных из злаков
 - б) ограничение углеводов
 - в) ограничение белков
 - г) ограничение поваренной соли
 - д) снижение калорийности пищевого рациона
20. К препаратам, блокирующим H₂-гистаминовые рецепторы, относится
- а) циметидин
 - б) димедрол
 - в) супрастин
 - г) фенкарол
 - д) диазолин
21. Понятие "дозовый режим" включает все перечисленное, кроме
- а) суточных доз в единицах веса или объема
 - б) промежутков между введением
 - в) путей введения
 - г) скорости введения
 - д) общей продолжительности лечения
22. Лихенификация характеризуется
- а) уплотнением
 - б) пигментацией
 - в) утолщением кожи
 - г) усилением кожного рисунка
 - д) всем перечисленным
23. Первичным морфологическим элементом, характерным для герпесов, является
- а) пятно
 - б) узелок и бугорок
 - в) везикула и пузырь
 - г) волдырь
 - д) все перечисленное
24. Функция апокриновых желез (потовых)
- а) начинают активно функционировать в период полового созревания
 - б) связана с нервной системой
 - в) связана с эндокринной системой
 - г) связана с полом
 - д) все правильно, кроме г)
25. Кожа участвует в обмене
- а) углеводов, липидов, белков
 - б) меланина
 - в) витаминов
 - г) воды и солей
 - д) всего перечисленного
26. Меланин защищает от УФ-лучей

- а) клетки базального слоя эпидермиса
 - б) клетки дермы
 - в) нервы
 - г) сосуды
 - д) все перечисленное
27. Митотический индекс в эпидермисе человека (на 1000 клеток) составляет
- а) от 0.01 до 0.05
 - б) от 0.06 до 0.1
 - в) от 0.1 до 0.6
 - г) от 0.6 до 1.0
 - д) свыше 1.0
28. Время полного обновления клеток эпидермиса зависит
- а) от пола
 - б) от возраста
 - в) от национальной принадлежности
 - г) от индивидуальных особенностей
 - д) от всего перечисленного
29. Сальные железы могут быть
- а) трубчатыми
 - б) альвеолярными
 - в) отсутствуют на ладонях и подошвах
 - г) связаны с волосяными фолликулами
 - д) правильно все перечисленное, кроме а)
30. Барьерно-защитная функция кожи включает
- а) противолучевую резистентность
 - б) бактерицидную активность
 - в) сопротивление кожи электрическому току
 - г) механическую резистентность
 - д) все перечисленное
31. Реакция кожи на УФО нарушается при всех перечисленных факторах, кроме
- а) заболеваний и повреждений центральной и периферической нервной системы
 - б) утомления
 - в) болевого раздражения
 - г) менструального цикла и беременности
 - д) эндокринных заболеваний
32. Важнейшими функциональными методами исследования в дерматологии являются
- а) определение интенсивности сало- и потоотделения, рН
 - б) определение температуры кожи и терморегуляции
 - в) определение сопротивления кожи электрическому току
 - г) сосудистые кожные реакции
 - д) все перечисленные
33. Эпидермис имеет слои
- а) роговой
 - б) зернистый

- в) шиповидный
 - г) базальный
 - д) все перечисленные
34. При артропатическом псориазе целесообразно назначить все перечисленное, кроме
- а) пенициллина и преднизолона
 - б) нестероидных противовоспалительных препаратов
 - в) оксиферрискорбона
 - г) детоксицирующих средств
 - д) антиоксидантов
35. Типичные высыпные элементы красного плоского лишая имеют следующие особенности, кроме
- а) папул плоских, полигональных, красновато-сиреневого цвета
 - б) вдавления в центре папулы
 - в) восковидного блеска
 - г) сетки Уикхема на поверхности папул
 - д) преимущественной локализации на лице
36. Проявления бляшечного парапсориаза характеризуются следующими признаками, кроме
- а) желтовато-бурых пятен с четкими границами
 - б) небольшого шелушения мелкими чешуйками, иногда незаметного, выявляющегося с помощью граттажа
 - в) преимущественной локализации на туловище и нижних конечностях
 - г) отсутствия зуда
 - д) выраженной инфильтрации и нарушения общего состояния
37. При гипотиреозе развивается
- а) генерализованная микседема
 - б) узелковая микседема
 - в) претибальная микседема
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
38. Телеангиэктатическая форма пигментной крапивницы обычно наблюдается
- а) в детском возрасте
 - б) исключительно у взрослых больных
 - в) с самого рождения
 - г) в пубертатный период
 - д) в любом возрасте с одинаковой частотой
39. В течении атопического дерматита выделяются
- а) сезонные стадии
 - б) две стадии в зависимости от активности процесса
 - в) три стадии возрастной эволютивной динамики
 - г) четыре стадии в зависимости от осложнений
 - д) стадийность не выявляется
40. При обычном псориазе излюбленной и наиболее частой локализацией высыпаний является все перечисленное, кроме
- а) волосистой части головы

- б) разгибательных поверхностей конечностей
 - в) сгибательных поверхностей конечностей
 - г) локтей и колен
 - д) области крестца
41. Для поражения ногтей при псориазе характерно все перечисленное, кроме
- а) наперстковидного вдавления
 - б) онихолизиса
 - в) подногтевых геморрагий
 - г) симптома масляного пятна
 - д) платонихии, койлонихии, онихошизиса
42. Пустулезный псориаз Барбера (верно все, кроме)
- а) относится к осложненным формам
 - б) относится к неосложненным формам
 - в) отличается особенной торпидностью
 - г) характеризуется полиморфизмом высыпных элементов
 - д) не сопровождается системными симптомами
43. Склередеме Бушке предшествует
- а) лекарственная болезнь
 - б) лимфаденит и лимфангоит
 - в) голодание и авитаминоз
 - г) стрептококковая инфекция верхних дыхательных путей, ангина, пневмония, скарлатина, рожа
 - д) ни одно из перечисленного
44. Атрофодермия Пазини - Пьерини характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) возникновения в подростковом возрасте
 - б) локализации преимущественно на спине
 - в) эпитематозных слегка отечных пятен в начальной стадии
 - г) атрофичных буроватых западающих пятен в поздней стадии
 - д) полного восстановления всех тканей после разрешения процесса
45. Факультативные раздражители могут вызывать
- а) эпидермозы
 - б) неаллергические контактные дерматиты
 - в) масляные фолликулиты
 - г) гиперкератозы
 - д) все перечисленное
46. Развитие периорального дерматита связывают со всеми перечисленными причинами, кроме
- а) косметических средств
 - б) раздражающих зубных паст, раздражающей губной помады
 - в) длительного применения кортикостероидных наружных средств
 - г) себореи
 - д) микробной сенсibilизации
47. Масляный фолликулит объясняется
- а) затвердением масла в фолликуле
 - б) активизацией роста бактерий под влиянием масла
 - в) фолликулярным гиперкератозом

- г) всеми перечисленными факторами
 - д) правильно б) и в)
48. Черты сходства кольцевидной гранулемы и липоидного некробиоза включают
- а) сходство клинической морфологии высыпаний
 - б) наличие случаев одновременного существования у одного больного липоидного некробиоза и кольцевидной гранулемы
 - в) более высокую, чем в популяции, частоту обнаружения манифестного или скрытого сахарного диабета при липоидном некробиозе и кольцевидной гранулеме
 - г) наследственную предрасположенность к сосудистой патологии кожи
 - д) все перечисленное
49. У больных сахарным диабетом могут развиваться следующие поражения кожи, кроме
- а) липоидного некробиоза
 - б) ксантом
 - в) кольцевидной гранулемы
 - г) диабетической дермопатии
 - д) пойкилодермии
50. Комплексное лечение при витилиго включает все перечисленные воздействия, кроме
- а) фотосенсибилизирующих средств
 - б) лечения заболеваний, усиливающих аутоаллергические процессы
 - в) устранения психо-эмоциональных расстройств и нарушений вегетативной нервной системы
 - г) устранения неблагоприятных физико-химических воздействий на кожу
 - д) наружного применения белой ртутной мази
51. Для наружного лечения основного очага микотической экземы во время мокнутия и везикуляции целесообразно применить
- а) нитрофунгин
 - б) резорциновую примочку 1%, раствор цинка сульфата 0.25%
 - в) 10% серную мазь на вазелине
 - г) целестодерм
 - д) формалиновую мазь
52. В патогенезе атопического дерматита играют роль все перечисленные факторы, кроме
- а) блокады β -адренергических рецепторов, мембранодеструктивных процессов
 - б) аллергии к микробным антигенам
 - в) аллергии к пищевым продуктам
 - г) врожденного дефекта ингибитора С3-комплемента
 - д) иммунодефицита
53. Длительное применение наружной гормональной терапии больному атопическим дерматитом может привести ко всему перечисленному, кроме
- а) полного выздоровления; наиболее эффективно, не дает осложнений
 - б) подавления глюкокортикоидной функции коры надпочечников
 - в) атрофии кожи

- г) гипертрихоза
 - д) инфицирования очагов поражения на коже
54. При фолликулярном дискератозе Дарье поражаются
- а) себорейные зоны на голове, лице, верхней части туловища
 - б) ладони и подошвы
 - в) складки подмышечные, паховые, носогубные
 - г) ногти (ониходистрофия, подногтевой гиперкератоз)
 - д) волосы (выпадение и полиозис)
55. Зуд кожи сопровождается
- а) сахарный диабет
 - б) уремию
 - в) лимфогрануломатоз
 - г) цирроз печени
 - д) саркому Капоши
56. Первые симптомы эритропоэтической уропорфирии (болезнь Гюнтера) появляются
- а) у подростков
 - б) на первом году жизни, реже на 2-3-м году
 - в) в юношеском возрасте
 - г) у взрослых
 - д) в любом возрасте
57. Наиболее характерным серологическим показателем для герпеса беременных является
- а) реакция связывания комплемента с антителами против антигенов базальной мембраны кожи при иммунофлюоресцентном исследовании сыворотки крови беременной женщины
 - б) антиядерные антитела
 - в) фактор Хазерика
 - г) повышение уровня IgA
 - д) повышение титра кожносенсibiliзирующих антител
58. При каком буллезном дерматозе у больных нередко одновременно обнаруживается повышенная чувствительность к глютену?
- а) при герпесе беременных
 - б) при герпетиформном дерматите Дюринга
 - в) при приобретенном буллезном эпидермолизе
 - г) при эритематозной пузырчатке
 - д) при синдроме Стивенса - Джонсона
59. Акантолиз с высоким расположением эпидермальных пузырей в зернистом слое в биоптате кожи обнаруживается
- а) при герпесе беременных
 - б) при листовидной пузырчатке
 - в) при приобретенном буллезном эпидермолизе
 - г) при претибиальном буллезном эпидермолизе
 - д) при буллезном пемфигоиде Лёвера
60. Диагностические критерии вульгарного аутосомно-доминантного ихтиоза

основаны на выявлении (исключите неправильный ответ)

- а) шелушения кожи преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей
 - б) фолликулярного кератоза
 - в) утолщения и усиленной складчатости ладоней и подошв
 - г) эритродермии и дисморфии лица
 - д) аутосомно-доминантного типа наследования
61. При эластической псевдоксантоме поражения глаз
- а) обнаруживаются у всех больных в виде пороков развития глаз
 - б) у половины больных выявляются в виде ангиоидных полос сетчатки
 - в) не встречаются
 - г) проявляются в виде кератита
 - д) проявляются в виде конъюнктивита и блефарита
62. Клиническими проявлениями при грибовидном микозе может быть все перечисленное, кроме
- а) сильного зуда
 - б) эритематозных очагов, инфильтративных бляшек
 - в) опухолевидно-узловатых образований с язвенным распадом
 - г) эритродермии и кератодермии ладоней и подошв
 - д) лимфангиэктатических кист
63. Во время лечения тигазоном больных с наследственными нарушениями ороговения регулярно проводится лабораторный скрининг, который должен включать все перечисленное, кроме
- а) определения активности аланиновой и аспарагиновой трансаминаз, щелочной фосфатазы
 - б) определения уровня общего и прямого билирубина
 - в) определения уровня холестерина и триглицеридов
 - г) определения общего белка и белковых фракций
 - д) определения иммунорегулярного индекса
64. При лечении метотрексатом больных псориазом нежелательно применять препараты
- а) ретиноиды
 - б) сульфаниламиды
 - в) салицилаты, нестероидные противовоспалительные средства
 - г) гипогликемические и диуретические средства
 - д) пантотенат кальция и гепатопротекторы
65. В дифференциальном диагнозе туберкулезной волчанки следует учитывать
- а) люпоидный сикоз
 - б) эритематоз
 - в) лимфоцитому
 - г) плоскоклеточный рак
 - д) все перечисленное
66. При туберкулезной волчанке характерно
- а) рубцевание язвы начинается с центральной части очага
 - б) рубцевание язвы начинается с периферической части очага
 - в) рубец гладкий, нежный, обесцвеченный
 - г) рубец грубый, плотный, с бугристой поверхностью, пигментированный

- д) правильно а) и в)
67. Бородавчатый туберкулез кожи надо дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
- а) хронической вегетирующей пиодермии
 - б) веррукозного красного плоского лишая
 - в) вульгарной бородавки
 - г) псориаза
 - д) рака кожи
68. Для туберкулезной волчанки характерно
- а) хроническое течение
 - б) медленно прогрессирующее течение
 - в) быстро прогрессирующее течение
 - г) рецидивирующее течение
 - д) инволюционное течение
69. Колликативный туберкулез может быть
- а) первичный
 - б) вторичный
 - в) третичный
 - г) все перечисленное правильно
 - д) правильно а) и б)
70. К локализованным формам туберкулеза относятся все перечисленные, кроме
- а) милиарного язвенного
 - б) первичного шанкриформного
 - в) колликативного
 - г) люпозного
 - д) лихеноидного
71. При эризипелоиде возможно все перечисленное, кроме
- а) болезненности в очаге поражения
 - б) тугоподвижности межфаланговых суставов
 - в) болезненности и увеличения регионарных лимфатических узлов
 - г) общего недомогания, субфебрилитета, озноба
 - д) диспептических расстройств, рвоты, поноса, снижения аппетита
72. Эризипелоид как профессиональное заболевание возможен
- а) у поваров
 - б) у рабочих мясо- и рыбоперерабатывающего производства
 - в) у кондитеров
 - г) у медицинских работников
 - д) правильно а) и б)
73. Эризипелоид развивается чаще всего после
- а) длительной мацерации эпидермиса
 - б) переохлаждения конечностей
 - в) микротравмы
 - г) общего переохлаждения
 - д) ожога
74. Инкубационный период при эризипелоиде продолжается

- а) 1-3 дня
 - б) 5-7 дней
 - в) 7-14 дней
 - г) 21 день
 - д) отсутствует
75. Эризипелоид начинается с появления
- а) эритемы
 - б) отека и напряжения
 - в) зуда, жжения
 - г) болезненности
 - д) всего перечисленного
76. Эритема при эризипелиоде
- а) распространяется медленно, в течение 7-10 дней
 - б) распространяется быстро, в течение 3-5 дней
 - в) распространение эритемы идет равномерно во все стороны
 - г) распространение эритемы идет в основном в проксимальном направлении
 - д) правильно б) и г)
77. Для стафилококковых пиодермий характерно
- а) гнойнички плоские, дряблые
 - б) гнойнички напряженные, конической или полушаровидной формы
 - в) поражение сально-волосяных фолликулов и потовых желез
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
78. При лечении больных стафилодермиями наиболее эффективными антибиотиками являются все перечисленные, кроме
- а) пенициллина
 - б) канамицина
 - в) цепорина
 - г) ампиокса
 - д) линкомицина
79. При стрептококковой опрелости больному назначаются
- а) ежедневные ванны
 - б) антибиотики
 - в) повязки с анилиновыми красителями
 - г) мази с антибиотиками
 - д) все перечисленное, кроме а) и б)
80. Симптомами стрептококковых пиодермий являются
- а) гнойнички плоские, дряблые
 - б) гнойнички напряженные, конической или полушаровидной формы
 - в) поражение сально-волосяных фолликулов и потовых желез
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
81. Для дренирования при псевдофурункулезе могут быть использованы
- а) сернокислая магнезия, гипертонический раствор поваренной соли
 - б) хлористый кальций

- в) гидрокортизон
 - г) флуцинар
 - д) циндол
82. При шаровидных угрях назначаются
- а) местно анилиновые красители
 - б) местно чистый ихтиол
 - в) вскрытие очага поражения
 - г) антибиотики
 - д) правильно в) и г)
83. Для разноцветного лишая характерно
- а) хроническое течение
 - б) наличие пятен
 - в) отрубевидное шелушение
 - г) фестончатые очертания очагов
 - д) все перечисленное, кроме г)
84. Для глубокой трихофитии характерно
- а) общее недомогание с повышением температуры тела
 - б) наличие островоспалительных инфильтратов
 - в) положительный симптом "медовых сот"
 - г) самопроизвольное разрешение
 - д) все перечисленное
85. Для трихофитии волосистой части головы характерны
- а) мелкие множественные очаги,
в очагах поражения видимы неизменные волосы
 - б) белая муфта у основания волос
 - в) четкие очертания очага
 - г) крупные очаги, сплошное поражение волос
86. Для скутулярной формы фавуса характерно все перечисленное, кроме
- а) атрофичности и безжизненности волос
 - б) мышиного запаха
 - в) зуда
 - г) эктимы
 - д) рубцовой атрофии
87. Заражение микроспорией может происходить
- а) в детских коллективах
 - б) при контакте с кошками и собаками
 - в) в парикмахерских
 - г) при работе на животноводческих фермах
 - д) правильно все перечисленное, кроме г)
88. Для поражения волос при микроспории характерно все перечисленное, кроме
- а) частичного обламывания волос в очаге поражения на высоте 1-2 мм
 - б) обламывания волос на высоте 4-8 мм
 - в) наличия беловатой муфты вокруг обломанного волоса
 - г) зеленого свечения волос при облучении очагов лампой Вуда
89. Микоз, вызванный красным трихофитомом,

- характеризуется всем перечисленным, кроме
- а) эритематозно-сквамозного характера сыпи
 - б) наличия прерывистого валика из узелков по краю очага
 - в) поражения ногтей на стопах и кистях
 - д) генерализованного поражения кожи и ее придатков
90. Патогенетическими факторами, способствующими развитию кандидоза, являются все перечисленные, кроме
- а) болезней крови
 - б) новообразований
 - в) лечения антибиотиками, иммунодепрессантами, сульфаниламидами, половыми гормонами
 - г) диабета
 - д) беременности
91. Клиническими формами кандидоза являются
- а) кандидоз крупных складок
 - б) кандидоз мелких складок
 - в) кандидоз слизистых оболочек
 - г) кандидоз околоногтевых валиков и ногтей
 - д) все перечисленные
92. Для сифилиса скрытого раннего при резко положительной реакции Вассермана характерным является
- а) низкий титр реактивов
 - б) высокий титр реактивов
 - в) титр реактивов значения не имеет
93. Лимфатические узлы при венерическом лимфогранулематозе вскрываются с образованием всего перечисленного, кроме
- а) язв
 - б) фистулезных ходов
 - в) некроза
 - г) абсцесса
 - д) эрозий
94. Регионарные лимфатические узлы при донованозе
- а) не изменены или незначительно увеличены, подвижны
 - б) значительно увеличены, мягкие
 - в) значительно увеличены, уплотнены
 - г) образуют неподвижный конгломерат
 - д) измененные узлы изъязвляются
95. Для сифилиса скрытого раннего характерным является выявление у полового партнера
- а) манифестной формы сифилиса
 - б) сифилиса скрытого позднего
 - в) сифилиса висцерального
 - г) позднего нейросифилиса
95. Удлинение инкубационного периода сифилиса наблюдается
- а) при сопутствующих инфекционных заболеваниях
 - б) при биполярном расположении твердых шанкров
 - в) при лечении пенициллином, тетрациклином

- сопутствующих заболеваний
- в инкубационный период сифилиса
- г) при лечении сульфаниламидами сопутствующих заболеваний в инкубационном периоде сифилиса
- д) при лечении противовирусными препаратами

97. Для сифилиса скрытого позднего характерным является
- а) выявление у полового партнера манифестной формы сифилиса
 - б) отсутствие данных за сифилис у полового партнера
 - в) выявление у полового партнера сифилиса скрытого раннего
 - г) выявление у полового партнера висцерального сифилиса

98. Для постановки диагноза первичного серопозитивного сифилиса наряду с клиникой необходимы положительные результаты следующих реакций
- а) Колмера
 - б) Вассермана
 - в) иммунофлюоресценции - РИФ-200
 - г) иммунофлюоресценции - РИФ-АБС
 - д) микрореакции

99. У больной 19 лет на внутренней поверхности малых половых губ имеются множественные болезненные, неправильной формы язвы размером от нескольких миллиметров до 1 см. Дно язв ровное, покрыто серозно-гнойным отделяемым. Температура тела 38°C, озноб. Паховые лимфоузлы в норме. Для уточнения диагноза необходимы исследования
- а) крови на реакцию иммобилизации бледных трепонем
 - б) клинический анализ крови
 - в) отделяемого на бледную трепонему
 - г) крови на РИФ-200
 - д) крови на РИФ-АБС

100. Вторичные сифилиды характеризуются следующими признаками
- а) высыпания вторичного периода имеют нечеткие края, неправильные очертания
 - б) высыпания вторичного периода сопровождаются чувством жжения, болезненностью
 - в) высыпания вторичного периода сохраняются длительно, несмотря на проводимую терапию
 - г) высыпания быстро разрешаются под влиянием лечения
 - д) высыпания имеют островоспалительный характер поражения

Ответы к тестам

1 б	2 г	3 а	4 в	5 а	6 г	7 д	8 б	9 г	10 в
11 а	12 в	13 г	14 д	15 е	16 а	17 в	18 г	19 б	20 а
21 а	22 б	23 в	24 а	25 г	26 д	27 е	28 а	29 г	30 д

31 б	32 г	33 а	34 д	35 б	36 а	37 а	38 в	39 б	40 г
41 а	42 д	43 г	44 б	45 в	46 а	47 г	48 а	49 в	50 в
51 б	52 б	53 в	54 а	55 в	56 г	57 д	58 а	59 б	60 б
61 в	62 а	63 а	64 г	65 д	66 е	67 д	68 в	69 а	70 г
71 в	72 б	73 а	74 а	75 а	76 б	77 г	78 д	79 е	80 б
81 а	82 б	83 г	84 в	85 а	86 д	87 е	88 е	89 а	90 в
91 в	92 а	93 а	94 б	95 е	96 д	97 в	98 в	99 г	100 а

2. Дисциплина: Общественное здоровье и здравоохранение.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
УК-1; УК-2; УК-3	Номера тестов: 1-10
ПК-4	Номера тестов: 3, 10
ПК-10; ПК-11;	Номерв тестов: 1-10

Тесты:

1. Укажите правильное определение общественного здоровья и здравоохранения как науки:

- А) общественное здоровье и здравоохранение - здоровье и здравоохранении
- В) общественное здоровье и здравоохранение – наука о социальных проблемах медицины
- С) общественное здоровье и здравоохранение-система мероприятий по охране и здоровья населения

2. Общественное здоровье и здравоохранение – это:

- А) гигиеническая наука
- В) клиническая наука
- С) интегративная наука
- Д) общественная наука

3. При проведении медико-социальных исследований применяются следующие методы:

- А) исторический
- В) статистический
- С) экспериментальный
- Д) экономический
- Е) социологический
- Ф) все вышеперечисленные.

4. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются, кроме:

- А) генетические
- В) природно-климатические
- С) уровень и образ жизни населения
- Д) уровень, качество и доступность медицинской помощи
- Е) все вышеперечисленное

5. Основными задачами здравоохранения на этапе кризисного развития экономики являются, кроме:

- A) недопущение снижения объемов медицинской и лекарственной помощи
- B) использование финансовых и иных ресурсов на приоритетных направлениях
- C) сохранение общественного сектора здравоохранения
- D) увеличение кадрового потенциала
- E) переход на медицинское страхование

6. Программа государственных гарантий по предоставлению гражданам бесплатной медицинской помощи должна содержать:

- A) перечень соответствующих видов медицинской помощи
- B) объемы медицинской помощи
- C) базовую программу ОМС
- D) подушевой норматив финансирования ЗО
- E) все перечисленное

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

- A) упорядочения и обеспечения адресного предоставления льгот
- B) формирования списков лекарственных средств и изделий медицинского назначения для льготного обеспечения
- C) формирование перечней и объемов лекарственных средств и изделий медицинского назначения для лечения социально значимых заболеваний
- D) распределения перечня категорий граждан и социально значимых заболеваний для льготного обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения

8. В целях обеспечения доступности и адекватности лекарственной помощи необходимо:

- A) совершенствовать механизмы государственного регулирования лекарственного обеспечения
- B) обеспечить государственную поддержку отечественных производителей лекарственных средств
- C) совершенствовать организацию обеспечения лекарственными средствами и управление фармацевтической деятельностью
- D) все вышеперечисленное

9. Социальной базой здравоохранения не являются:

- A) органы и учреждения здравоохранения
- B) непрофессиональные общественные организации
- C) профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации
- D) отдельные граждане

10. Корреляционной решеткой называется:

- A) таблица, содержащая данные о величинах двух признаков
- B) таблица, содержащая данные о частотах различных сочетаний величин двух признаков
- C) таблица, содержащая данные о частотах различных сочетаний величин двух признаков, при построении которой произведена группировка членов совокупности по величине этих признаков.

Правильные ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	D	F	E	D	E	D	D	A	A

3. Дисциплина: Педагогика

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
УК-1	Номера тестов: 1, 2
УК-3	Номера тестов: 1, 2

Тесты:

1. Педагогика – это...

- A. наука о целенаправленном процессе передачи человеческого опыта и подготовки подрастающего поколения к жизнедеятельности
- B. наука о педагогическом процессе
- C. наука о воспитании
- D. наука об обучении и воспитании человека
- E. наука о методах и формах обучения

2. Образование – это...

- A. целенаправленный процесс обучения и воспитания;
- B. процесс передачи накопленных поколениями знаний и культурных ценностей
- C. передача исторического и культурного опыта

Правильные ответы:

1	2
D	A

4. Дисциплина: Медицина чрезвычайных ситуаций

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
ПК-3; ПК-7; ПК-10; ПК-12	Номера тестов: 9, 10
ПК-5; ПК-6	Номера тестов: 2-8, 10

1. В каких случаях переливают кровь при оказании первой медицинской помощи?

- A) при продолжающемся внутрибрюшном кровотечении;
- B) при острой кровопотере в результате повреждения бедренной артерии после наложения на нее зажима;
- C) при продолжающемся внутриплевральном кровотечении;
- D) гемотрансфузии при оказании первой медицинской помощи вообще не производятся.

2. Компенсация острой кровопотери при оказании первой медицинской помощи проводится с использованием следующих инфузионно-трансфузионных сред:

- A) только кристаллоидных растворов;
- B) только коллоидных растворов;
- C) и коллоидных, и кристаллоидных растворов;
- D) основной объем вливаний составляют кровь и ее препараты.

3. При какой степени ишемии конечности могут отсутствовать пассивные движения в суставах?

- A) при компенсированной
- B) при декомпенсированной
- C) при необратимой

4. При какой степени ишемии конечности отсутствуют показания к экстренному восстановлению поврежденного магистрального сосуда?

- A) при компенсированной
- B) при декомпенсированной
- C) при необратимой

5. Временное шунтирование сосуда впервые может быть применено при оказании:

- A) первой медицинской
- B) квалифицированной
- C) специализированной.

6. Какая анестезия может быть применена пострадавшему с повреждением грудной клетки при оказании первой медицинской помощи?

- A) вагосимпатическая блокада;
- B) паравертебральная блокада;
- C) блокада по Щкольникову;
- D) футлярная блокада;

Е) эндотрахеальный наркоз.

7. Какая анестезия может быть применена при первичной хирургической обработке огнестрельной раны верхней трети бедра?

- А) внутритазовая блокада по Школьникову;
- В) футлярная блокада;
- С) блокада бедренного нерва;
- Д) наркоз;
- Е) блокада седалищного нерва;
- Ф) эпидуральная анестезия.

8. При оказании какого вида помощи может быть выполнена внутрикостная анестезия?

- А) доврачебной помощи;
- В) первой врачебной помощи;
- С) квалифицированной помощи;
- Д) специализированной помощи.

9. Укажите меры профилактики анаэробной инфекции на этапах медицинской эвакуации.

- А) транспортная иммобилизация;
- В) первичная хирургическая обработка раны;
- С) отказ от наложения первичных швов;
- Д) адекватная анестезия;

10. Укажите действия медицинского работника при оказании им доврачебной помощи, направленные на уменьшение болевого синдрома у пострадавшего с переломом бедра.

- А) анестезия области перелома;
- В) введение наркотических анальгетиков;
- С) блокада седалищного нерва;
- Д) транспортная иммобилизация.

Правильные ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D	C	C	C	B	A, B	D	D	B	B, D

5. Дисциплина – Патология

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
ПК-1	Номера тестов: 1-11
ПК-6	Номера тестов: 6, 8, 10, 11

Тесты

1. При атеросклерозе первично поражаются:

- А. Артериолы
- В. Артерии мышечного типа
- С. Артерии эластического типа
- Д. Артерии мышечно-эластического типа
- Е. Вены

2. Выбрать один правильный ответ. Оболочка стенки артерии, которая преимущественно поражается при атеросклерозе:

- А. Адвентиция
- В. Медиа
- С. Интима

3. Выбрать все правильные ответы. Клинико-морфологические формы атеросклероза:

- А. Аорты
- В. Почечных артерий
- С. Артерий желудка
- Д. Артерий мозга

Е. Легочной артерии

4. Выбрать все правильные ответы. Стадии атеросклероза:

- А. Жировые бляшки
- В. Пристеночный тромб
- С. Жировые пятна и полосы
- Д. Фиброзные бляшки
- Е. Осложненные поражения

5. Выбрать все правильные ответы. Факторы риска атеросклероза:

- А. Гиперлипидемия
- В. Увеличение уровня ЛПВП в сыворотке крови
- С. Гипергликемия
- Д. Артериальная гипертензия
- Е. Стресс

6. Морфологические признаки гепатоза:

- А. Зернистая дистрофия
- В. Гидропическая дистрофия
- С. Гиалиново – капельная дистрофия
- Д. Жировая дистрофия
- Е. Роговая дистрофия

7. Наследственный гепатоз проявляется при заболеваниях:

- А. болезнь Вильсона
- В. болезнь Гирке
- С. болезнь Пика
- Д. болезнь Риклинхаузена
- Е. болезнь Боткина

8. Эндогенные причины токсической дистрофии печени:

- А. Тиреотоксикоз
- В. Сахарный диабет
- С. Болезнь Иценко-Кушинга
- Д. Акромегалия

9. Морфологические признаки цирроза:

- А. Склероз портальных трактов
- В. Некроз гепатоцитов
- С. Нарушение балочного строения гепатоцитов
- Д. Воспалительная инфильтрация
- Е. Пролиферация желчных протоков

10. Причинами гемолитической анемии являются:

- А. Гемосидероз печени
- В. Отравление соединениями свинца
- С. Введение пенициллина
- Д. Сфероцитоз

11. Признаками железодефицитной анемии являются:

- А. Снижение числа ретикулоцитов в периферической крови
- В. Увеличение размеров эритроцитов
- С. Гиперхромия эритроцитов
- Д. Резкое уменьшение гемосидерина в костном мозге
- Е. Дефицит фолиевой кислоты

Правильные ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
A, C, D	C	A, B, D	C, D, E	A, B, C, D, E	A	A, C	A	C, E	D	A, C, D, E

6. Дисциплина – Клиническая фармакология

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
-------------	---

1. В основе проблемы избирательности действия лекарственных средств лежит понятие тропности (направленности). Какой из ниже перечисленных терминов Вы считаете ошибочным:

- A. “орган-мишень”
- B. “клетка-мишень”
- C. “молекула-мишень”

2. Укажите основной компонент структуры рецептора к лекарственному средству:

- A. белки
- B. сиаловые кислоты
- C. липиды
- D. ионы
- E. нуклеотиды

3. Обозначьте специфические транспортные системы лекарственных веществ:

- A. сывороточный альбумин
- B. лейкоциты
- C. тромбоциты

4. Укажите необходимый этап в механизме регуляции стероидами генетической активности клеток-мишеней:

- A. связывание стероидов с цитозольными рецепторами
- B. связывание стероида с поверхностью плазматических мембран
- C. связывание стероида с комплексом Гольджи

5. При каких типах гиперлипидемии показано назначение статинов (ловастатина, флувастатина, правастатина)?

- A. III
- B. IIА и Б
- C. V
- D. гипо-альфа-холестеринемия

6. При каких типах дислипидемии эффективно назначение фибратов (гевилона, липантила 200М, ципрофибрата, безафибрата)?

- A. II Б
- B. III
- C. IV, V
- D. гипо-альфа-холестеринемия
- E. при всех

7. Представители каких классов гиполипидемических препаратов наиболее эффективно повышают ХС ЛВП (на 15-25%)?

- A. статины и смолы-секвестранты желчных кислот
- B. статины и пробукол
- C. пробукол
- D. никотиновая кислота и ее производные, фибраты
- E. все вышеперечисленные препараты

8. Возможно ли развитие осложнений после внезапного прекращения длительного применения гиполипидемических средств (синдрома отмены)?

- A. нет
- B. нет, если применять курсами по 2-3 месяца
- C. нет, если применять курсами по 6 месяцев
- D. да
- E. как правило, нет, однако возможно при IV и V типах с очень высоким уровнем ТГ (больше 1000 мг/дл до лечения).

9. Абсолютные противопоказания к применению нитратов:

- A. нестабильная стенокардия
- B. глаукома
- C. острый инфаркт миокарда правого желудочка, острое нарушение мозгового кровообращения, кардиогенный шок
- D. острый инфаркт миокарда левого желудочка
- E. недостаточность кровообращения II ст.

10. Какие препараты, являющиеся донаторами SH-групп, способствуют восстановлению чувствительности к нитратами?

- A. эналаприла малеат
- B. каптоприл, N-цистеин, метионин
- C. нифедипин, верапамил
- D. корватон
- E. валсартан, ренитек

Правильные ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	A	A	B	B	E	D	E	C	B

7. Дисциплина – Социально-психологические основы профессиональной деятельности

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
УК-2; ПК-9	1-10

1. Деонтология – это:

- A. совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников
- B. перечень нравственных принципов и установок
- C. наука о взаимоотношениях врача и пациента
- D. принципы поведения врача

2. Конфликт – это:

- A. ситуация, в которой сталкиваются альтернативные взгляды, противоречивые позиции, противоположные цели и средства их достижения
- B. противоречия между людьми
- C. воспринимаемая несовместимость действий или целей, столкновение противоположно направленных интересов, позиций, мнений общающихся личностей
- D. спорная ситуация между людьми

3. Личность – это:

- A. индивидуальное проявление особенностей характера
- B. комплекс психических функций индивидуума
- C. проявление собственных взглядов в обществе
- D. целостность субъективной реальности и способ бытия человека в системе взаимоотношений с другими

4. Коллектив – это:

- A. организационная структура с высоким уровнем внутригруппового сотрудничества
- B. группа ранее незнакомых людей, случайно оказавшихся (или специально собранных) в одном месте и в одно время
- C. группа людей, объединенных общими целями, достигшая высокого уровня развития в ходе социально ценной совместной деятельности
- D. совокупность индивидов, непосредственно взаимодействующих друг с другом для достижения общих целей и осознающих свою принадлежность к данной совокупности

5. Физические детерминанты половой принадлежности - все, кроме:

- A. генетический пол.
- B. гормональный пол
- C. соматический пол
- D. социальный пол
- E. гражданский пол

6. Гендерная роль – это:

- A. представления о том, как действительно ведут себя мужчины и женщины.
- B. набор ожидаемых образцов поведения (норм) для мужчин и женщин.
- C. несколько общепризнанных характеристик, по которым мужчины и женщины достоверно отличаются друг от друга

D. идентификация себя с женским или мужским полом.

7. Возраст 65-72 года – это:

- A. старость
- B. пожилой возраст
- C. средний возраст
- D. зрелый возраст

8. Этапы социализации – все, кроме:

- A. социализация младенца.
- B. сервисная социализация.
- C. социализация подростка.
- D. юношеская социализация.
- E. социализация взрослых.

9. Типы общения – все, кроме:

- A. императивное
- B. диалогическое
- C. идеалогическое
- D. манипулятивное

10. Рефлексия – это:

- A. уподобление себя другому человеку
- B. осознание действующим индивидом того, как он воспринимается партнером по общению
- C. способ понимания другого человека
- D. принятие на себя свойств другого человека

Правильные ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	C	D	C	D	B	B	A	C	B

**БУ ВО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ (ВТОРОЙ ЭТАП) II Этап – практические навыки**

1. Дисциплины: Дерматовенерология, Профпатология, Эпидемиология, Косметология, Физиотерапия, ВИЧ-инфекция, Физиотерапия (адаптационная программа), Детская дерматология, Серологическая диагностика.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-2	Дерматовенерология. Номера заданий: 9, 12, 24 Профпатология. Номера заданий: 19-21, 23, 24, 32-51
ПК-4	Дерматовенерология. Номера заданий: 27
ПК-1; ПК-2; ПК-5	Дерматовенерология. Номера заданий: 1-6, 9, 18, 21, 22, 23 Дерматовенерология. Номера заданий: 1-16
ПК-6; ПК-8	Дерматовенерология. Номера заданий: 6, 8, 12-20, 22, 23, 24 Косметология. Номера заданий: 17-51

Перечень основных практических навыков, рекомендованных к освоению:

1. Методика опроса, осмотра больного и оформление истории болезни.
2. Составление плана обследования больного.
3. Умение анализировать, оценивать данные клинических, иммунологических, биохимических лабораторных исследований.
4. Оказание неотложной помощи больным с анафилактическими реакциями.
5. Установка и запуск трансфузионных систем для внутривенного введения лекарственных растворов, крови, плазмы, кровезаменителей.
6. Исследование волос, чешуек гладкой кожи и ногтей, патогенные грибы.
7. Выполнение пробы с настойкой йода на скрытое шелушение.
8. Осмотр больного в лучах лампы Вуда, оценка результата свечения.
9. Методика дезинфекции обуви.
10. Методика обнаружения чесоточного клеща.
11. Методика обнаружения волосяной железницы.
12. Поставка аллергических кожных проб.
13. Воспроизведение феномена Никольского.
14. Воспроизведение псориатических феноменов.
15. Воспроизведение феномена «яблочного желе» - методы диаскопии или витроскопии.
16. Поставка и воспроизведение симптома зонда А.И.Поспелова.
17. Воспроизведение феномена «дамского каблучка».
18. Исследование тактильной, болевой, тепловой и холодной

чувствительности.

19. Взятие материала для микробиологического посева на питательные среды и для антибиотикограммы.
20. Постановка пробы Ядассона.
21. Взятие материала на акантолитические клетки, приготовление препаратов и оценка их.
22. Изучение гистологических препаратов.
23. Внутрикожные, подкожные, внутримышечные инъекции и внутривенные вливания.
24. Выполнение биопсии кожи.
25. Применение наружных лекарственных средств.
26. Оценка биодозы УФО.
27. Проведение криотерапии жидким азотом или снегом угольной кислоты.
28. Выписка, оформление рецептов на основные лекарственные средства, применяемые в дерматовенерологии.
29. Исследование стенки уретры на прямом буже.
30. Введение бужа, массаж уретры на прямом буже, введение катетера при острой задержке мочи.
31. Исследование простаты и семенных пузырьков. Взятие секрета простаты, семенных пузырьков, проведение его микроскопии.
32. Проведение инстилляций лекарственных веществ в уретру.
33. Промывание уретры по Жане.
34. Выполнение уретроскопии и лечебной тампонады.
35. Взятие материала из мочеполовых органов, прямой кишки и миндалин на гонококки.
36. Приготовление и микроскопическое исследование мазки на гонококки – окраска метиленовым синим и по Грамму.
37. Забор материала, приготовление мазков, нативных препаратов для исследования на трихомонады.
38. Забор материала и исследование его на хламидии.
39. Забор материала и исследование его на микоплазмы и гарднереллы.
40. Исследование отделяемого сифилидов на бледную трепонему.
41. Оформление экстренных извещений.
42. Оформление листков временной нетрудоспособности.
43. Представление больных на КЭК.
44. Оформление медицинской документации на МСЭК.
45. Оформление санаторно-курортной карты.
46. Участие в составлении годового отчета отделения или кабинета.
47. Оформление документации для страховой компании.
48. Применение методов физиотерапевтического лечения.
49. Выписывание рецептов.
50. Оказание первой экстренную помощь при острой остановке сердца.
51. Проведение прямого массажа сердца.

1. Дисциплина: Общественное здоровье и здравоохранение

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1; УК-3	1-12
ПК-4; ПК-11	1-12

Перечень практических навыков

1. Методы расчета и анализа показателей смертности.
2. Расчет показателя материнской смертности.
3. Расчет показателя младенческой смертности.
4. Расчет показателя перинатальной смертности.
5. Естественный прирост населения. Расчет и интерпретация.
6. Расчет показателей рождаемости.
7. Показатели работы амбулаторно-поликлинической службы в акушерстве и гинекологии.
8. Расчет мертворождаемости.
9. Расчет показателей ранней и поздней неонатальной смертности.
10. Расчет показателя фетоинфантильных потерь.
11. Расчет необходимого количества коек.
12. Выписка листка нетрудоспособности (дородовый и послеродовый декретный отпуск).

2. Дисциплина: Педагогика.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1	1-10
УК-3	2-10

Творческое задание

1. Проанализируйте имеющиеся международные документы по проблемам образования, выделите актуальные социально-педагогические проблемы современного высшего образования, предложите варианты их решения.

2. Проанализируйте педагогические технологии, которые используются в личноно ориентированном обучении. Приведите соответствующие примеры.

3. На основе анализа психолого-педагогических теорий составьте таблицу возможных подходов к разработке проектов обучения в высшей школе.

4. Подготовьте статью по проблемам индивидуализации обучения в высшей школе, приведите примеры эффективного решения данной проблемы.

5. Педагогическое общение и основы коммуникационной культуры преподавателя высшей школы.

6. Проанализируйте имеющиеся в психологии и дидактике подходы к диагностике учебных достижений. Разработайте вариант оценки достижений студентов в учебном процессе.

7. Подготовьте и опишите индивидуальный стиль педагогической деятельности преподавателя.

8. Разработайте план проведения учебно-просветительского занятия.

9. Покажите влияние особенностей самоутверждения личности специалиста на его профессиональную деятельность. Какие этапы выделяются в процессе самоутверждения личности? Раскройте их содержание. Как взаимосвязаны такие явления, как самоопределение и самоутверждение личности?

10. Какие личностные особенности оказывают заметное влияние на содержание и успешность самоутверждения специалиста? Обоснуйте показатели успешности профессионального самоутверждения специалиста.

3. Дисциплина: Медицина чрезвычайных ситуаций

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные
-------------	--

	компетенции
ПК-3	1-5
ПК-10	1, 3
ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12	1-12

Перечень практических навыков

1. Приемы медицинской сортировки в чрезвычайных ситуациях.
2. Способы оказания первой, доврачебной и первой врачебной помощи при неотложных состояниях пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.
3. Приемы и способы эвакуации пострадавших в чрезвычайных ситуациях.
4. Приемы и способы использования индивидуальных средств защиты.
5. Применение антидотных и радиозащитных средств в объеме первой врачебной помощи.
6. Оказание первой врачебной помощи при огнестрельных ранениях.
7. Выполнение этапов хирургической обработки огнестрельной раны.
8. Осуществление временной остановки наружного кровотечения с помощью: пальцевого прижатия, давящей повязки, кровоостанавливающего жгута.
9. Выполнение противошоковых мероприятий при ранениях груди, живота, таза, конечностей при оказании первой врачебной помощи.
10. Выполнение неотложных мероприятий первой врачебной помощи при комбинированных поражениях.
11. Выполнение неотложных мероприятий первой врачебной помощи при термических поражениях различной локализации.
12. Выполнение неотложных мероприятий первой врачебной помощи при синдроме длительного сдавления.

4. Дисциплина: Патология

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
ПК-1	1, 2
ПК-6	3, 4

Перечень практических навыков

1. Забор материала на лабораторные исследования с целью диагностики причины, морфогенеза и исхода заболевания.
2. Технология макроскопической диагностики при акушерских и гинекологических заболеваниях.
3. Сравнительный анализ данных медицинской документации умершего и данных, обнаруженных при исследовании трупа.
4. Сопоставление морфологических и клинических проявлений болезни.

5. Дисциплина: Клиническая фармакология

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1	1-16
ПК-6	3-12

Перечень практических навыков

1. Особенности фармакотерапии у беременных женщин при нормальном течении беременности.
2. Особенности фармакотерапии у беременных женщин при осложненном течении беременности.
3. Рациональная комбинация антибактериальных препаратов при эндометрите.
4. Эффекты глюкокортикоидов. Профилактика РДС-синдрома плода.
5. Назначение нестероидных противовоспалительных средств в акушерстве и гинекологии.
6. Назначить лечение преэклампсии.
7. Назначить лечение эклампсии.
8. Назначить лечение угрозы преждевременных родов.
9. Назначить лечение угрозы самопроизвольного выкидыша.
10. Назначить лечение железодефицитной анемии во время беременности.
11. Рассчитать и назначить инфузионно-трансфузионную терапию при кровопотере.
12. Назначить кровоостанавливающую терапию при аномальных маточных кровотечениях.
13. Назначить гормональный контрацептивный препарат.
14. Препараты для лечения пациентки с ожирением, синдромом поликистозных яичников.
15. Выписать рецепт.
16. Заполнить лист врачебных назначений.

6. Дисциплина: Социально-психологические основы профессиональной деятельности.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-2; ПК-9.	1-13

Умения и практические навыки:

1. Чем отличается общение врач-больной от партнерского общения?
2. Во врачебной практике встречаются явления отрицательного контрпереноса и отрицательного переноса. Какой может быть продуктивная тактика врача в таком случае? Может быть это неважные явления? Обоснуйте свою точку зрения.
3. Ролевая игра «Пациент на приеме у врача». Проведите беседу с пациентом таким образом, чтобы ему стало легче.
4. Какие модели врачебной деятельности Вы знаете? Обсудите в группе – чем в каждом конкретном случае должна определяться избираемая модель взаимодействия с пациентом?
5. На основе чего в общественном сознании строятся стереотипы врачей различных специальностей?
6. Каковы специфические особенности общения с разными группами больных? Какой может быть врачебная тактика при встрече с такими «сложными типичными пациентами»: «Неприятные» пациенты - вызывающие раздражение и неприязнь у врача.
* Истероидные личности, ипохондрики. Для пациента каждый визит к врачу - доказательство окружающим, что он серьезно болен и вынужден постоянно лечиться.

- * Медлительный пациент.
 - * Обстоятельный и дотошный пациент.
 - * Словоохотливый пациент, который особенно может раздражать врача при нехватке у него времени.
 - * При повторных визитах пациент заявляет, что ему не становится легче, при этом, что бы врач ни делал, он видит на лице больного унылое выражение лица и слышит жалобы, хотя речь идет не о неизлечимом заболевании, а таком, которое обычно поддается терапии.
 - * Капризный пациент, претендующий на особое внимание и отношение к себе, пытающиеся диктовать врачу методы обследования и лечения.
 - * Пациент, у которого стремление избавиться от болезни любой ценой, становится сверхценной идеей, он ходит к разным врачам, увлекается нетрадиционными методами лечения (голодание, сыроедение, гомеопатия, йога, урилотерапия и т.п.).
 - * Озлобленный, грубый, агрессивный пациент.
 - * Пациент, сопротивляющийся выписке из стационара.
7. Ролевая игра «Больной на приеме у врача». Продолжить закрепление эффективных способов общения с пациентами.
 8. Ролевая игра «Отказ от госпитализации».
 9. Приведите свои примеры на каждую из разновидностей групп.
 10. В чем принципиальное психологическое различие между большой и малой группой?
 11. Имеет ли практическое значение для врача знание о наличии внутри коллектива, в котором он работает, неформальных групп? Если не имеет значения, то почему? Если имеет значение, то в чем оно заключается?
 12. В группе обычно есть лидер, который может быть официальным руководителем, а может и не быть. Чем он психологически отличается от назначенного или даже избранного группой официального руководителя?
 13. Чем отличаются формальные и неформальные групповые нормы?

**МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ (ТРЕТИЙ ЭТАП)**

1. Дисциплины: Дерматовенерология, Профпатология, Эпидемиология, Косметология, Физиотерапия, ВИЧ-инфекция, Физиотерапия (адаптационная программа), Детская дерматология, Серологическая диагностика.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1	1-28
ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6 ПК-8	1-28

Ситуационные задачи по дерматовенерологии

Ситуационная задача №1

На прием к дерматологу обратилась женщина 30 лет. Работает няней в детском саду. Жалобы на высыпания на коже лица.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 5 дней. На коже щек, вокруг рта появилась краснота, дряблые пузырьки, корочки. Самостоятельно смазывала высыпания раствором бриллиантовой зелени, несмотря на это продолжали появляться свежие высыпания в виде пузырьков.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер. На коже лица в области щек, подбородка на фоне разлитой эритемы множество фликтен, серозно-гнойных корочек, эрозий.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения больной (выпишите рецепты).
3. Профилактические мероприятия.

ОТВЕТЫ:

1. Стрептококковое импетиго

2. Общая терапия:

Возможно назначение антибиотиков per os.

1. Rp.: Tab. Doxycyclini 0.1 N. 14

D.S. По 1 таб. 2 р. в день в течение 7 дней.

Наружная терапия:

Rp.: Sol. Methyleni coerulei 1% - 10.0

D.S. Смазывать пустулезные элементы 1-2 раза в день.

1. Rp.: Ung. Erythromycini 1% - 10.0

D.S. Смазывать пустулезные элементы 2 раза в день.

Везикулопустулезные элементы вскрыть стерильной иглой, обработать растворами анилиновых красителей (1-2 % раствором метиленового синего, 0,5 % раствором перманганата калия, краской Кастеллани). Для снятия корок используют кератолитические и кератопластические мази: 1-2% салициловую, 3-5% дерматоловую. Затем используют мази с антибиотиками: тетрациклиновую, эритромициновую, гентамициновую.

Избегать мытья водой очагов поражения. В целях санации здоровой кожи рекомендуется общее УФО или обтирание видимо здоровой кожи дезинфицирующими средствами (1-2% спиртовым раствором салициловой кислоты, 0,1 % водным раствором перманганата калия, 1-2% спиртовым раствором борной кислоты).

3. Профилактические мероприятия:

- Отстранение больной от работы с детьми в детском саду до полного выздоровления.

- Тщательное наблюдение за детьми в детском саду (для предотвращения вспышки гнойной инфекции)
- Тщательное соблюдение гигиенических стандартов и неукоснительное соблюдение правил асептики.
- Выявление носителей патогенного стафилококка (на слизистой носа) среди персонала
- Правильная обработка микротравм, туалет здоровой кожи

Ситуационная задача №2

На прием к дерматологу обратился больной 40 лет с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся зудом, усиливающимся в ночное время. ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение двух недель, когда после возвращения из командировки появились высыпания на руках. Самостоятельно лечился кортикостероидными мазями, эффекта не отмечал. Затем появились высыпания на туловище и ногах. 3 дня назад подобные высыпания появились у жены.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, с локализацией на коже туловища, внутренней поверхности бедер, в межпальцевых складках кистей. Высыпания представлены множественными парными папуло-везикулезными элементами, эскориациями, пустулами, эрозиями, покрытыми гнойно-геморрогическими корочками. На коже разгибательных поверхностей локтевых суставов обильные наслоение гнойно-геморрогических корок.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?
4. Составьте план лечебно-профилактических мероприятий.

ОТВЕТЫ:

1. Распространенная чесотка, осложненная пиодермией.
2. Для подтверждения диагноза необходимо обнаружение чесоточного клеща. Забор материала для исследования проводится одним из ниже перечисленных методов:
 - Извлечение иглой из слепого конца чесоточного хода.
 - Тонкие срезы эпидермиса в области чесоточного хода или пузырька
 - Соскоб глазной ложечкой свежих элементов до появления капель крови
 - «Щелочное препарирование» - проводят обработку элементов сыпи 10-20% раствором натрия гидроксида, делают соскоб глазной ложечкой
 - Нанесение на чесоточные элементы 40% водного раствора молочной кислоты с последующим соскабливанием глазной ложечкой до появления капель крови с микроскопией материала в капле раствора молочной кислоты (предпочтителен)
 При микроскопии выявляются самки клеща, яйца, оболочки яиц, личинки и их фрагменты.
3. Экзема, атопический дерматит, почесуха, педикулез, вульгарное импетиго.
4. **Общая терапия:**
 - Гипосенсибилизирующая терапия (глюконат кальция 10%, тиосульфат натрия 30%, кальция хлорид 10%)
 - Антигистаминные препараты (супрастин , тавегил, телфаст, эриус, зиртек, ломилан)

Наружная терапия:

Бензилбензоат 20% эмульсия – 200 мл. – применяется на 1 и 4 день или перметрин (медифокс) 5% эмульсия или аэрозоль «Спрегаль» или серная мазь 33%.

Пустулезные элементы вскрыть стерильной иглой, обработать растворами анилиновых красителей (1-2 % раствором метиленового синего, 0,5 % раствором перманганата калия, краской Кастеллани). На серозно – геморрагические корки наложить мази с антибиотиками (тетрациклиновую, эритромициновую, гентамициновую).

Профилактика чесотки

1. Активное выявление больных.
2. Установление очагов чесотки и работа по их ликвидации.
3. Выявление источника заражения, контактных лиц и их профилактическое лечение.
4. Правильная регистрация и диспансеризация больных чесоткой.
5. Установление критерия излеченности.
6. Организация и проведение текущей дезинфекции.

Ситуационная задача №3

На прием к дерматовенерологу обратился больной 26 лет с жалобами на высыпания на подошвах, в межпальцевых складках стоп, зуд.

ИЗ АНАМНЕЗА. Около года назад заметил шелушение кожи в межпальцевых складках стоп.

Спустя некоторое время на коже межпальцевых складок стали появляться трещины, беспокоил зуд. В течение последней недели появились пузырьки на подошвах.

Больной активно занимается спортом, посещает бассейн, спортзал, пользуется сауной.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. В межпальцевых складках стоп шелушение. В четвертой межпальцевой складке на фоне отека и эритемы трещина, окаймленная рогом отслаивающегося эпидермиса. На сводах стоп величиной с горошину пузырьки с прозрачным содержимым, крышечки пузырьков плотные.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?
3. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?
4. Методы общей и наружной терапии.
5. Меры общей и личной профилактики.

ОТВЕТЫ:

1. Микоз стоп, интертригинозно-дисгидротическая форма.
2. Микроскопическое и культуральное исследование чешуек и крышечек пузырей с кожи стоп.
3. 1) Папулезный сифилид ладоней и подошв
2) Микотическая экзема.
3) Контактный аллергический дерматит.
4) Дисгидроз.
5) Пустулезный псориаз ладоней и подошв.
4. Общая терапия:
 1. Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, телфаст, эриус, зиртек, ломилан)
 2. Гипосенсибилизирующая терапия (глюконат кальция 10%, тиосульфат натрия 30%, кальция хлорид 10%)
 3. Витаминотерапия (витамины группы В, С, никотиновая кислота)

Наружная терапия: ежедневные теплые ножные ванны с калия перманганатом, при этом необходимо удалить корки, вскрыть пузырьки, срезать бахрому рогового слоя эпидермиса, нависающую по краям эрозию, а также крышечки нагноившихся пузырьков и пузырей. После ванночки накладывают влажно-высыхающие повязки или примочки с жидкостью Алибура или 2% водным раствором резорцина, борной кислоты. По прекращении мокнутия применяют водные растворы анилиновых красок (генциан- или метилвиолета) или мази (кремы) с глюкокортикостероидными гормонами (флуцинари, фторокорт, ультралан). При стихании острых воспалительных явлений назначаются фунгицидные средства (ламизил, экконазол, экзодерил, травоген, кетоконазол). После окончания фунгицидной терапии необходимо проводить противорецидивное лечение, которое заключается в обтирании кожи в течение 1-го месяца 2% салициловым или 1% тимоловым спиртом и припудривании 10% борной пудрой, пудрой амиказола, батрафена, леварила, толмицена. Необходимо также провести дезинфекцию обуви больного.

5. Общая профилактика:

- 1) Ликвидация путей распространения инфекции

2) Активное выявление и лечение больных микозом стоп, особенно со стертыми формами и микозоносителей.

Личная профилактика:

- 1) Устранение факторов предрасполагающих к развитию микоза (повышенной потливости и микротравматизма кожи стоп)
- 2) Санитарно- просветительная работа (разъяснение правил индивидуальной профилактики, комплекс общих оздоровительных мероприятий, дезинфекция обуви).

Ситуационная задача №4

На прием к дерматологу обратилась больная 45 лет с жалобами на высыпания в складках кожи под молочными железами, в паховых складках.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение двух месяцев, когда впервые появились высыпания в паховой области, в складках кожи под молочными железами. Самостоятельно обрабатывала высыпания раствором бриллиантовой зелени. Улучшения не отмечала. Из сопутствующих заболеваний отмечает сахарный диабет, пиелонефрит.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. В складках кожи под молочными железами, паховых складках крупные эрозии, резко отграниченные от окружающей кожи, окаймленные белым ободком отслаивающегося эпидермиса. Поверхность эрозий влажная, блестящая, синюшно-красного цвета. Вокруг эрозий имеются отсевы, представленные мелкими вялыми пузырьками, эритематозными пятнами.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие необходимо провести исследования для подтверждения диагноза?
3. План лечения больной.

ОТВЕТЫ:

1. Поверхностный кандидоз крупных складок.
2. Микроскопическое и культуральное исследование отделяемого эрозий и отслаивающегося эпидермиса.
3. 1) Консультация эндокринолога, терапевта
2) Наружная терапия:

В остром периоде назначают водные растворы противовоспалительных и дезинфицирующих средств в виде примочек и влажно-высыхающих повязок (жидкость Алибура, 2% раствор резорцина, 0,25% раствор азотно-кислого серебра, раствор этакридина лактата 1:1000). После снятия острых воспалительных явлений применяют вначале водные, а затем спиртовые растворы анилиновых красителей (2% раствор метиленового синего, генцианвиолета, раствор « Фукорцин»). Заканчивается лечение назначением противокандидозных средств: вначале лучше использовать комбинированные препараты (тридерм, травокорт), затем фунгистатические и фунгицидные средства (мазь амфотерицина В, клотримазол, нистатиновая и левориновая мази, нитрофунгин, толмицен, экзодерил) Очень важным мероприятием является постоянное высушивание складок, для чего используют марлевые прокладки. После излечения для профилактики рецидивов рекомендуют длительное обтирание кожи складок дезинфицирующими растворами (1-2% салициловым или резорциновым спиртом), а также использование фунгицидных и подкисляющих кожную поверхность пудр (амиказол, батрафен, 10% борную). В упорных случаях применяют фонофорез нистатиновой или левориновой мази, а также прием нистатина, низорала, леворина, дифлюкана внутрь.

Ситуационная задача №5

К дерматологу обратилась больная 25 лет с жалобами на высыпания на коже рук, сопровождающиеся умеренным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 3-4 дней, когда после стирки белья на коже рук появились высыпания, мокнутие. Беспокоил зуд.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит ограниченный характер с локализацией в области тыла кистей. Симметричный. На фоне эритематозной, отечной кожи множественные милиарные папулы, везикулы, эрозии, серозные и гемморрагические корочки.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.
2. Дифференциальный диагноз данного заболевания.
3. План лечения больной. Методы общей и наружной терапии.
4. Рекомендации после клинического выздоровления.

ОТВЕТЫ:

1. Контактный аллергический дерматит
2. Простой контактный дерматит, истинная экзема
3. 1. Общая терапия:
 - Устранение действия сенсibilизирующих веществ
 - Диета с исключением раздражающих блюд, ограничением количества соли, углеводов
 - Гипосенсibilизирующая терапия (кальций холрид 10%, глюконат кальция 10%, тиосульфат натрия 30%)
 - Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, кистин, телфаст, эриус, зиртек, ломилан)
 - Энтеросорбенты (уголь активированный, полифепан, энтерогель)
 - Мочегонные препараты (фуросемид, гипотиазид)
 - Витаминотерапия (С, В5, В6, Р)

2. Наружная терапия:

При явлениях экссудации дезинфицирующие примочки (с борной кислотой, резорцином, танином), в подострой стадии водные и масляные болтушки, цинковая паста с добавлением дерматол (1 – 2%). В стадии регресса 2% серно – салициловая мазь, 1-2% ихтиоловая мазь. Кортикостероидные кремы, мази , аэрозоли

4. Рекомендации после клинического выздоровления

1)Исключить контакт с синтетическими моющими средствами (не следует мочить руки, при стирке белья пользоваться резиновыми перчатками).

2)Диспансерное наблюдение.

3)Профотбор и рациональное трудоустройство.

Ситуационная задача №6

На прием к врачу дерматологу обратился больной 22 лет с жалобами на высыпания на коже рук и ног, туловища, сопровождающиеся умеренным зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение недели, когда на коже туловища, рук, ног, появились пятна ярко-красного цвета, сопровождающиеся зудом. Возникновение заболевания связывает с приемом антибиотиков по поводу хламидийной инфекции.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер. Симметричный. На коже шеи, верхних и нижних конечностей, груди, живота, спины на фоне эритемы множественные мелкие папулы, везикулы, единичные волдыри и эскориации.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие лабораторные методы исследования могут подтвердить причину возникновения заболевания?
3. План лечения больного.
4. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

ОТВЕТЫ:

1. Распространенная алиментарная токсикодермия (медикаментозного генеза).
2. Положительные иммунологические тесты: РПГА (реакция пассивной гемагглютинации); прямой и непрямой тест дегрануляции базофилов или тучных клеток; показатель повреждения нейтрофилов; ИФА для определения антител класса IgG, IgM, IgE; РПМЛ (реакция подавления миграции лейкоцитов).
3. Общая терапия:

- Отмена всех лекарственных препаратов
- Молочно-растительная диета с ограничением соли, углеводов, экстрактивных веществ, обильное питье.
- Дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин, ацесоль, полиоксидин, реамберин).
- Дегидратационная терапия (фуросемид, гипотиазид)
- Энтеросорбенты (активированный уголь, полифепан, энтеросгель)
- Слабительные средства (магния сульфат 25% р-р по 10-15 мл х 2-5 раз в сутки. Внутрь)

- Гипосенсибилизирующая терапия (глюконат кальция 10%, тиосульфат натрия 30%, кальция хлорид 10%)

- Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, кестин, телфаст, эриус, зиртек, ломилан)

Местная терапия: Везикулопустулезные элементы вскрыть стерильной иглой, обработать растворами анилиновых красителей (1-2 % раствором метиленового синего, 0,5 % раствором перманганата калия, краской Кастеллани). Затем используют кортикостероидные мази (элоком, акридерм, локоид, адвантан).

4. Рекомендации больному после клинического выздоровления.

- Исключить бесконтрольный прием любых лекарственных препаратов (особенно антибиотиков)
- Диспансерное наблюдение

Ситуационная задача №7

На прием к дерматологу обратилась больная 20 лет с жалобами на высыпания на коже туловища, рук и ног, сопровождающиеся зудом.

ИЗ АНАМНЕЗА. Больной себя считает в течение 2-х дней. Заболевание началось после приема антибиотиков по поводу ангины. Появилась сыпь на туловище, беспокоил зуд. Отдельные элементы сыпи за несколько часов исчезали, новые появлялись.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуется на коже конечностей и туловища. Высыпания представлены уртикарными элементами различной величины, возвышающимися над уровнем кожи, розово-красного цвета. Дермографизм красный, стойкий, разлитой.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Наметьте план лечебных мероприятий (выпишите рецепты).
3. Рекомендации больной после клинического выздоровления.

ОТВЕТЫ:

1. Острая крапивница
2. Общая терапия:
 - Прекращение приема антибиотиков
 - Молочно-растительная диета, с ограничением острых, пряных блюд, тонизирующих напитков
 - Гипосенсибилизирующая терапия (глюконат кальция 10%, тиосульфат натрия 30%, кальций хлорид 10%)
 - Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, телфаст, эриус, зиртек, ломилан)
 - Стабилизаторы мембран лаброцитов и базофилов (интал по 0,02 гр х 2 раза в сутки, кетотифен по 0,001 гр х 2 раза в сутки)
 - Магния сульфат 10 – 25% (по 10-15 мл х 3-5 раз в сутки) – послабляющий эффект
 - Энтеросорбенты (активированный уголь, полифепан, энтерогель)
 - Дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин, ацесоль, полиоксидин)

1. Rp.: Sol. Suprastini 2% - 1.0

D.t.d. N. 10 in amp.

S. По 1 мл в/м 2 раза в день.

2.Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10% - 10,0

D.t.d. N. 10 in amp.

S. По 10 мл в/в

Местная терапия:

- Растворы и взбалтываемые взвеси со спиртом и водой, содержащие противозудные вещества (0,5-2% димедрола, 1-2% ментола, 1-2% тимолола, 5-10% анестезина, 1-2% фенола), «Меновазин», столовый уксус разведенный в воде 1:3, 1-4% раствор лимонной кислоты, гель «Совентол» 1-2 раза в сутки
 - кортикостероидные мази (элоком, акридерм, локоид, адвантан)
3. Рекомендации:
- Исключить бесконтрольный прием лекарственных средств (особенно антибиотиков)
 - Диспансерное наблюдение

Ситуационная задача №8

На прием к дерматологу обратился больной 25 лет с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, периодические боли в коленных суставах.

ИЗ АНАМНЕЗА. Болен в течение года, когда впервые осенью на руках появились высыпания красного цвета, покрытые чешуйками. Затем подобные высыпания появились на коже туловища и ног. Ухудшение заболевания отмечает в зимнее время года, летом отмечает улучшение. Сопутствующее заболевание – хронический тонзиллит.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер, локализуется на коже туловища, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей. Высыпания представлены множественными милиарными и лентикулярными папулами. На коже живота и спины крупные бляшки. Цвет элементов розово – красный, их поверхность покрыта серебристо – белыми чешуйками, по периферии ободок ярко – красного цвета. На местах давления одеждой милиарные папулы. При поскобливании высыпаний появляется гладкая, блестящая поверхность, затем точечное кровотечение. Коленные суставы визуально не изменены, движения активные и пассивные в полном объеме.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
3. План обследования и лечения больного.
4. Ваши рекомендации больному после клинического выздоровления.

ОТВЕТЫ:

1. Распространенный псориаз, зимняя форма, прогрессирующая стадия. Псориазическая артропатия?
2. 1) Папулезный сифилид
2) КПЛ
3) Параспсориаз
4) Болезнь Рейтера
3. План обследования:
 - 1) ОАК
 - 2) ОАМ
 - 3) Сахар крови
 - 4) Кровь на экспресс-метод (МРП)
 - 5) Кровь на ВИЧ, HBS
 - 6) БАК (билирубин, АЛТ, АСТ, СРБ)
 - 7) Рентгенография коленных суставов

План лечения:

- 1) Диета, с ограничением острой, солёной, пряной пищи и алкоголя
 - 2) Устранение или ослабление факторов риска
 - 3) Дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин, ацесоль, полиоксидин)
 - 4) Гипосенсибилизирующая терапия (кальций хлорид 10%, глюконат кальция 10%, тиосульфат натрия 30%)
 - 5) Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, телфаст, эриус, зиртек, ломилан)
 - 6) Энтеросорбенты (активированный уголь, полифепан, энтеросгель)
 - 7) Витаминотерапия (курс инъекций витаминов В1 , В6 , В12 , фолиевой кислоты витамина С, аевит, витамина D3 , никотиновая кислота)
 - 8) Седативная терапия (настойка валерианы, настойка пустырника, микстура с бромом)
 - 9) Сосудистые препараты (трентал, теоникол, эскузан)
 - 10) Гепатопротекторы (эссенциале по 5-10 мл в/в на аутокрови №10, затем по две капсулы 2-3 раза в день в течение 1-2 месяцев
 - 11) Физиолечение: УФО, СФТ
- Наружное лечение: 1-2% салициловая мазь, кортикостероидные кремы и мази (белосалик, дипросалик, элоком-С)

4. Рекомендации:

- Диспансерное наблюдение
- Диета с ограничением солёной, пряной пищи и алкоголя
- Устранение или ослабление факторов риска (санация очагов инфекции)
- Лечение сопутствующих заболеваний
- Бальнеотерапия (оксид торфа, морская соль, фитодобавки и др.
- Санаторно-курортное лечение.
- Профотбор и рациональное трудоустройство
- Противорецидивное лечение с учетом сезонности процесса (курс витаминотерапии, фитотерапии, липотропные средства, УФО)

Ситуационная задача №9

На прием к дерматологу обратился больной 20 лет с жалобами на высыпания на коже рук и ног, нестерпимый зуд кожи.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным 2 недели. Сначала появились высыпания красного цвета на коже рук. Затем появились высыпания на ногах. Беспокоил сильный зуд.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер. Симметричный. На коже сгибательной поверхности предплечий и внутренней поверхности бедер имеются плоские, полигональные папулы синюшно-красного цвета. Отдельные папулы сливаются с образованием бляшек. На слизистой полости рта по линии смыкания зубов белесоватые, папулезные элементы.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
3. Принципы общей и наружной терапии.

ОТВЕТЫ:

1. КПЛ, типичная форма
2. 1) Папулезный сифилид
2) Псориаз
3) Лейкоплакия
3. Общая терапия:
 - 1) Антибиотикотерапия (препараты пенициллинового ряда)
 - 2) Антигистаминные препараты (супрастин, тавегил, телфаст, эриус, зиртек, ломилан)
 - 3) Дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин, ацесоль, полиоксидин)

- 4) Гипосенсибилизирующая терапия (кальций хлорид 10%, глюконат кальция 10%, тиосульфат натрия 30%)
- 5) Гепатопротекторы (эссенциале, хофитол, карсил)
- 6) Седативная терапия (настойка валерианы, настойка пустырника, микстура с бромом)
- 7) Витаминотерапия(А, Е, В, РР, С, Р, D2)
- 8) Физиолечение (УФО, магнитотерапия)
- 9) Санация очагов инфекции, лечение сопутствующих заболеваний
- 10) Санаторно-курортное лечение

Наружная терапия:

Взбалтываемые взвеси, растворы, линименты с ментолом, анестезином, 3-4% лимонным спиртом, димексидом. Предварительно участки поражения можно смазывать противозудными жидкостями (с ментолом, анестезином, димедролом, карболовой, лимонной, уксусной кислотой)

Кортикостероидные мази (элоком, акридерм, локоид, адвантан)

Санация полости рта и глотки (исключение травматизации острыми краями зубов, протезами, не желательно присутствие во рту, разнородных металлов)

Полоскание полости рта растворами: 2-3% борной кислоты, 0,02 % фурацилина, натрия гидрокарбоната, 1% танина. Смазывания 3,44% масляным раствором ретинола, аеколом, аевитом, 1% водным раствором метиленового синего. Аппликации с каротолином, маслом шиповника, гелем солкосерила, винилином. Местный гелий-неоновый лазер.

Ситуационная задача №10

На прием к врачу обратилась женщина 40 лет с жалобами на появление высыпаний на коже лица.

ИЗ АНАМНЕЗА. Высыпания на лице появились 2.5 года назад. Сначала они были единичные, затем их число увеличилось. Высыпания сливались между собой. После разрешения на месте высыпаний оставались рубчики. Мать и старшая сестра болеют туберкулезом.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Высыпания располагаются на коже левой щеки, крыльев носа, ушных раковин. Основным элементом является бугорок размером с булавочную головку, выступающий над уровнем кожи, мягкой консистенции, красно-розового цвета. При диаскопии предметным стеклом бугорок приобретает буро-желтую окраску. При надавливании зондом последний легко проникает в ткань, вызывая кровотечение. Бугорки сливаются между собой. На левой щеке сплошной атрофический рубец по типу «папиросной бумаги».

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие симптомы характерные для данного заболевания, наблюдаются у больной?
3. План обследования больной.
4. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.

ОТВЕТЫ:

1. Туберкулезная волчанка.
2. Симптом Пospelова («зонда»), феномен «яблочного желе».
3. План обследования больной:
 - 1) Бактериоскопическое исследование биопсированного материала из очага поражения (окраска мазков по Цилю-Нильсену).
 - 2) Бактериологическое исследование (посев биопсированного материала на питательные среды).
 - 3) Биологическая проба (заражение морских свинок патологическим материалом из очага поражения).

- 4) Гистологическое исследование биопсированного материала.
- 5) Кожные пробы с туберкулином (Пирке, Манту).
4. Туберкулезную волчанку дифференцируют с бугорками при сифилисе, лепре, лейшманиозе, рубцующимся эритематозом.

Ситуационная задача №11

На прием к врачу обратился мужчина 49 лет с жалобами на появление кольцевидных образований на коже правой щеки, выпадение волос на этом месте.

ИЗ АНАМНЕЗА: Считает себя больным в течение 2 месяцев. Вначале появились мелкие красноватые папулы, которые постепенно слились, образовав фигуру в виде кольца. 2 назад начали выпадать волосы на этом месте.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: На коже правой щеки имеются мелкие красновато-синюшные плоские, полигональные, шелушащиеся папулы, слившиеся в виде кольца. На месте образования заметно выпадение волос. Болевая, тактильная, термическая чувствительность на этом месте снижена.

1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование;
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
3. Наметьте план лечебно-профилактических мероприятий, выпишите рецепты.

ОТВЕТ:

1. Туберкулоидная форма лепры (обычно дебютирует кожными поражениями (главным образом пятнами и бугорками) склонными к регрессу на ранних стадиях в процесс вовлекаются нервные стволы с развитием разнообразных неврологических расстройств, степень системных нарушений не значительная).

2. Бугорковый и гуммозный сифилис; лейшманиозные бугорки, узлы, язвы;

Туберкулезная волчанка, другие формы туберкулеза кожи.

3. Лечение (комплексное): антибактериальные, иммуностропные, общеукрепляющие препараты; физиотерапевтические методы; полноценное питание; лечение сопутствующих заболеваний.

Профилактика:

- 1). Ранняя диагностика и регулярное лечение больных, ликвидация сопутствующих заболеваний.
- 2). Раннее отделение детей, родившихся от больных лепрой матери, перевод их на искусственное вскармливание.
- 3). Учет всех членов семьи больных лепрой, их периодические осмотры.
- 4). Своевременное сообщение о каждом случае лепры в местные органы здравоохранения.
- 5). Лечение больных лепрой в лепрозориях.
- 6). Профилактическое лечение лиц, длительно находящихся в контакте с больными лепрой.

Ситуационная задача №12

Больная 35 лет поступила в стационар с жалобами на появление пузырей на коже туловища и рук, болезненность в полости рта при приеме пищи.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 4-х месяцев, когда появилась болезненность в полости рта при приеме пищи. Обратилась к стоматологу, который назначил полоскание полости рта фурацилином и раствором марганцевокислого калия. Эффекта от лечения не было. Через 2 месяца появились пузыри на коже туловища и верхних конечностей, которые вскрывались, оставляя после себя незаживающие, болезненные эрозии.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер. Симметричный. На неизменной слизистой оболочке щек, губ, твердого и мягкого неба обширные эрозии ярко-красного цвета. На коже туловища и конечностей пузыри величиной до грецкого ореха. Некоторые пузыри напряженные, другие - вялые. Содержимое пузырей прозрачное. Мокнувшие, полициклических очертаний эрозии покрыты серозными корками. При надавливании на пузырь жидкость отслаивает прилежащие участки эпидермиса и пузырь

перемещается. При потягивании обрывков покрывки пузыря происходит отслойка эпидермиса за пределы пузыря.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза и назначения полноценной этиологической и патогенетической терапии?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
4. В чем заключается ошибка врача-стоматолога по ведению данной больной?
5. План лечения больной,
6. Какие осложнения могут возникнуть в процессе лечения больной?

ОТВЕТЫ:

1. Вульгарная пузырчатка
2. 1) Взятие мазков-отпечатков со дна эрозий на акантолитические клетки
2) Гистологическое исследование биопсированного материала (выявление внутриэпидермальных (надбазальных) пузырей и щелей).
3) Непрямая РИФ (обнаружение антител, относящихся к IgG в сыворотке крови и пузырной жидкости).
4) Прямая РИФ (выявление IgG в межклеточном веществе пораженной и клинически не измененной коже больных).
3. Буллезный пемфигоид Лёвера, буллезная форма герпетиформного дерматоза Дюринга, буллезная форма многоформной экссудативной эритемы, хроническая семейная доброкачественная пузырчатка, синдром Лайела.
4. В том, что врач – стоматолог не направил больную на консультацию к дерматологу.
5. Общая терапия:
 - 1) Лечение больных пузырчаткой проводят в стационаре
 - 2) Диета с повышенным содержанием белка, овощей и фруктов, особенно богатых калием, с пониженным содержанием углеводов, поваренной соли, исключить йодированную соль с ограничением потребляемой жидкости
 - 3) Кортикостероиды: преднизолон – ударная доза обычно составляет 60 – 100 мг/сут (до 360 мг в сутки), доза подбирается индивидуально, с постепенным снижением суточной дозы до минимальной поддерживающей, обеспечивающей ремиссию (обычно 10 – 15 мг/сут), доза подбирается индивидуально.
 - 4) Препараты К, Mg, (панангин, аспаркам)
 - 5) По показаниям: гипотензивные, мочегонные, гипогликемические, кардио- и нейротропные средства, препараты защищающие слизистую оболочку желудка, уменьшающие кислотность, при остеопорозе-препараты кальция, фосфора.
 - 6) Дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин, ацесоль, полиоксидин)
 - 7) Витаминотерапия (витамины группы В, витамины С, А, Е, D, РР).

Местная терапия:

Большое значение имеет уход за больными. Показаны ежедневные лечебные ванны (38`С), с раствором КМnO₄, фурацилина, настоями цветков ромашки, календулы (не менее 60 минут). Если белье прилипло к эрозивным участкам, больного целесообразно помещать в ванну в белье, где оно отмокает, что уменьшает травматизацию и боль. После ванны покрывки пузырей прокалывают, пораженные участки тушируют 0,5-1% раствором нитрата серебра, 1% водным или спиртовым раствором анилиновых красителей. Эрозии орошают 2% раствором новокаина, затем накладывают мази: 5% таниновую, ксероформную, дерматоловую, 1-3% колларголовую, 2% борную, «Тримистин», «Кремген», «Гридерм», линимент синтомицина 5-10%. Рекомендуется 50% интерфероновая, 2% теброфеновая мази, на эрозии масляный раствор ретинола, винилин (1:4 с растительным маслом), желе солкосерила, актовегина, мази с 3% апилака, «Пропоцеум», линимент «Спедиан».

Полоскание полости рта 5 раз в сутки, растворами калия перманганата (0,01 – 0,1%), 2% натрия гидрокарбоната, настоем цветков ромашки, коры дуба, крепким чаем с добавлением 2% борной кислоты или настойки эвкалипта (10 кап. на стакан воды). Эрозии орошают растворами – 0,5-2% новокаина, 10% танина в глицерине, картолином, аеколом, маслом шиповника, масляным раствором ретинола и др.

Гелий – неоновый лазер на эрозии в полости рта

6. Осложнения:

- 1) Гиперацидный гастрит, язвенная болезнь желудка и ДПК.
- 2) ГБ, тромбофлебит, гиперкоагуляции
- 3) Сердечная аритмия, брадикардия
- 4) Сахарный диабет
- 5) Сердечная недостаточность.
- 6) Инфекционные заболевания
- 7) Остеопороз
- 8) Нервно – психические заболевания

Ситуационная задача №13

На прием к дерматологу обратился больной 22 лет с жалобами на болезненные высыпания на коже груди, повышение температуры тела, недомогание.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение нескольких дней, когда после резкого переохлаждения появились пузырьки на правой половине грудной клетки, сопровождающиеся повышением температуры тела, общей слабостью. В течение последних трех дней приступообразно возникали новые высыпания, болезненность резко усилилась. Подобные высыпания отмечал 6 месяцев назад.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диффузный характер. Асимметричный. На правой половине грудной клетки с переходом на правую лопатку по ходу межреберных нервов на фоне отечной эритематозной кожи сгруппированные пузырьки с серозным содержимым, эрозии, серозные корочки.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.
2. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?
3. Тактика ведения и лечения больного.

ОТВЕТЫ:

1. Опоясывающий герпес.
2. Зостериформный КПЛ, зостериформный простой герпес, герпетиформный дерматит Дюринга.

3. **Общая терапия:**

- 1) Обследование на ВИЧ – инфекцию, консультацию онколога, гематолога, иммунолога.
- 2) Диета с ограничением жидкости и поваренной соли.
- 3) Избегать переохлаждений и переутомлений.
- 4) Противовирусные препараты ацикловир (зовиракс, виролекс, цикловиран и др.) 800 мг 5 р/д х 7 – 10 дней.
- 5) Обезболивающие средства (диклофенак 3,0 в/м х 5 дней)
- 6) Общеукрепляющие средства (витаминотерапия, витамины группы В, витамины С, А, Е, Д)
- 7) Физиолечение (УФО, фонофорез, токи Бернара, микроволновая терапия, ультразвук

Наружная терапия:

Пораженные участки тушируют фукорцином, 1-2% спиртовыми растворами анилиновых красителей или йода; применяют пудры, содержащие резорцин, кислоту борную, противовирусные мази: 50% интерфероновую, 2% оксолиновую, 5% теброфеновую, 5% ацикловировую (или кремы «Зовиракс», «Герпевир-КМП», «Герплекс» и др.), 0,25% флореналевую, 0,5% бонафтоновую, линименты хелепина 5%, госсипола 3% (участки

поражения смазывают 3-4 р./сут., 5 – 7 дней); 1% гель тромантадина, «Гевизош», мазь «Триаптен», «Эпиген-спрей», «Пантенол» и др. Наружные средства можно сочетать с димексидом. Эрозии тушируют 2% раствором серебра нитрата. При выраженной боли, парестезиях, зуде, пиодермии указанные средства чередуют с мазями, содержащими антибиотики и кортикостероиды, с последующим наложением марлевой повязки, пропитанной димексидом.

При упорной невралгии, сохраняющейся после регресса сыпи, назначают витамины В, С, РР. Проводят фонофорез 50% интерфероновой, 5% бутадионовой, ибупрофеновой, индометациновой, 10% новокаиновой мазей, ионофорез 2% раствора новокаина на область соответствующих узлов и по ходу распространения болей; эффективны новокаиновые блокады.

Ситуационная задача №14

На прием к дерматологу обратилась больная 32 лет с жалобами на высыпания на коже лица.

ИЗ АНАМНЕЗА. Высыпания на коже лица появились месяц назад после длительного пребывания на солнце. Лечилась самостоятельно. Применяла различные кремы, мази, но эффекта от лечения не было.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Кожный процесс локализуется на коже переносицы и щек «в виде бабочки». Высыпания представлены инфильтрированными эритематозными бляшками, покрытыми плотно сидящими роговыми чешуйками. Удаление чешуек сопровождается болезненностью. На обратной стороне чешуек обнаруживаются характерные шипики.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие характерные для данного заболевания симптомы имеют место в данном случае?
3. План обследования и лечения больной.
4. Ваши рекомендации больной после лечения.

ОТВЕТЫ:

1. Дискоидная красная волчанка.
2. Симптом «Бабочки», симптом Бенье-Мещерского, симптом «дамского каблучка».
3. План обследования:
 - 1) ОАК (повышение СОЭ, лейкопения в сочетании с лимфопенией, гипохромная анемия, тромбоцитопения, LE-клетки).
 - 2) ОАМ (при поражении почек-протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия).
 - 3) БАК (гиперпротеинемия, дископротеинемия, волчаночный фактор, повышено содержание сиаловых кислот, фибрина, серомукоида, гактоглобина, появляется СРП (С-реактивный протеин)).
 - 4) ИФА, РПГА, РМП.
 - 5) ЭКГ, ФКГ, эхокардиография, рентгеновское исследование сердца и легких, суставов.
 - 6) Компьютерная томография головного мозга.
 - 7) Биопсия кожи (атрофия эпидермиса, гидропическая дистрофия базального слоя, отек дермы, воспалительная инфильтрация дермы лимфоцитами, фибриноидное набухание или фибриноидный некроз соединительной ткани и стенок сосудов).
 - 8) Исследование с помощью люминисцентной лампы (снежно-белое свечение чешуек в очагах дискоидной красной волчанки).
 - 9) В сыворотке крови антитела к факторам свертывания VIII, IX, XII, фосфолипидам.
 - 10) Иммунологический анализ крови (криопреципитины, антитела к ДНК, антинуклеарный фактор (АНФ), снижение функциональной активности Т-лимфоцитов (в том числе Т-супрессоров), гипер- и дисиммуноглобулинемия (увеличение содержания в крови IgG, IgM).

11) Прямая РИФ в биоптатах кожи из очагов поражения (свечение в области базальной мембраны на анти – IgG и анти – IgM).

План лечения:

Общая терапия:

1. Санация очагов инфекции.
2. Диета богатая рыбой, продуктами богатыми никотиновой кислотой (печень, почки, бобовые, дрожжи, гречневая, ячневая, овсяная крупы), противопоказаны петрушка, пастернак.
3. Консультация невропатолога, эндокринолога, терапевта, ревматолога.
4. Противомаларийные препараты (аминохинолоны)-хингамин (делагил) по 0,25 гр. 2 раза в сутки, 10 дней, затем по 0,25 гр. 1р/сут. X 10 дней, после этого по 0,25 гр. через день или 2 р/нед. (на курс до 20 гр.) или плаквенил по 0,2 гр. x 3-4 раза в сутки.
5. Витаминотерапия: кислота никотиновая 0,05 г x 2р/сут. x 20-30 дней, через 2-3 недели лечение повторяют (2-5 циклов) + липамид, лексол или никотинамид по 0,05г x 2-3 раза в сутки или компламин по 0,15 г 2-3 р/сут.; альфатокоферол + кислота аскорбиновая по 0,3 – 0,5 г/сут; витамины B2, B6, B12, B13, A, P, ПАБК, бензофлавин по 60 мг x 2 р/сут, декспантенол по 500 мг/сут.
6. Системные полиэнзимы – вобэнзим по 18-24 драже в сутки (несколько недель).

Местная терапия: мази и пасты с фотозащитными веществами: 10% салола, 10-20% натрия парааминосалицилата, 5% хинина гидрохлорида, 5% метилурацила, фогем, фенкортозол, в качестве основы используют цинковую пасту, ланолин. Очаги поражения можно смазывать бийохинолом. По показаниям в мази и пасты включают 5-10% анестезина (при зуде), 5-10% ихтиола (для рассасывания инфильтрата). В лекарственные формы можно добавить кортикостероиды (элоком, локоид, за исключением фторосодержащих стероидов). При активном процессе утром применяют фотозащитные средства, вечером мази и кремы с кортикостероидами. Можно проводить имбибицию очагов гидрокортизоновой эмульсией или 5-10% раствором хингамина. Эффективно воздействие на очаги ДКВ снегом угольной кислоты (по 20-30 с в зависимости от выраженности инфильтрации) или жидким азотом.

4. Рекомендации:

- 1) Избегать нервно-психических и физических перегрузок; инсоляций (не только летом, но и зимой); воздействие холода, ветра, высоких температур; травматизации кожи; физиопроцедур; лучевой терапии; введение вакцин, сывороток, приема стрептомицина, сульфониламидов, антибиотиков тетрациклинового ряда.
- 2) Диспансерное наблюдение, периодический клинико-лабораторный контроль.
- 3) Профилактическое лечение включающее противомаларийные препараты (по показаниям) хингамин (делагил) в первые дни по 1 таб/сут, затем по 2-3 таб/сут., кислоту никотиновую, фотозащитные мази и кремы.
- 4) Профотбор, рациональное трудоустройство (с исключением инсоляции и других видов излучений, холода, ветра, пыли)
- 5) Косметологическая реабилитация, на фоне эффективной фотозащиты.

Ситуационная задача №15

На прием к врачу обратился больной 24 года, строитель, с жалобами на появившиеся очаги на коже лица, груди и губ. В этих местах больной отмечает чувство покалывания, похолодание, напряженность кожи.

ИЗ АНАМНЕЗА: заболевание связывает с тем, что на работе часто переохлаждается и часто болеет ангиной и ОРЗ. Месяц спустя появилось округлое пятно синюшно-красного цвета на коже груди, а затем на лице. Кожа в очагах поражения была отечной, тестоватой консистенции. Через несколько недель кожа в очагах поражения приобрела деревянистую плотность, цвет стал бледно-синюшным, не лечился. В детстве перенес скарлатину. Сопутствующая патология-состоит на учете у эндокринолога по поводу заболевания щитовидной железы, у ЛОР-врача по поводу хронического тонзиллита.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: на коже лица и груди сформированы очаги по форме напоминающие удар сабли, гладкие, блестящие, плотной консистенции. Цвет восковидно-желтый, по периферии имеется сиреневый венчик. При пальпации выявляется деревянистое затвердение

кожи, она плотно прилегает к подлежащим тканям, не собирается в складки, рисунок её сложен, волосы в очагах отсутствуют. Отмечается ригидность и уплотнение кожи и красной каймы губ.

ВОПРОСЫ:

Ваш предположительный диагноз.

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?

Какие дополнительные исследования необходимо провести этому больному?

Методы лечения и профилактики.

ОТВЕТЫ:

Линейная склеродермия.

Витилиго, атрофическая форма красного плоского лишая, линейный невус, лепра, посттравматический рубец, линейная атрофия кожи.

1). ОАК (СОЭ повышено 20 мм\ч).

2). ОАМ (повышено содержание оксипролина).

3). БАК (гипергаммаглобулинемия 23%, гиперпротеинемия 85 г\л, антитела к ДНК, ревматоидный фактор, повышенное содержание оксипролина в плазме, функциональные пробы печени).

4). ЭКГ

5). Консультация терапевта, отоларинголога, невропатолога, эндокринолога (по показаниям).

Лечение:

1). Общая терапия (антибиотики, ферментные, сосудорасширяющие препараты, витамины, ароматические ретиноиды, кортикостероидные гормоны).

2). Физиотерапевтические методы (электро- и фонофорез; аппликации парафина, озокерита, лечебных грязей; ультразвук; массаж; гимнастика; гипербарическая оксигенация).

3). Наружная терапия (димексид, солкосерил, индометациновая, бутадиононовая, троксевазиновая мази).

4). Санаторно-курортное-лечение.

Профилактика:

1). Санация очагов хронической инфекции.

2). Устранение внешних раздражителей.

3). Повторные курсы антибиотикотерапии и ферментных препаратов.

4). Диспансеризация.

Ситуационная задача №16

К врачу дерматовенерологу обратился больной по поводу язвы в области головки полового члена.

В анамнезе случайная половая связь четыре недели назад.

При осмотре в области головки полового члена язвочка размером 0.4-0.5 см. округлой формы, с четкими краями, дно ровное, мясо-красного цвета. При пальпации язва безболезненная, в основании прощупывается уплотнение. Регионарные лимфатические узлы размером 1.5*1.0 см., плотно-эластические, безболезненные, не спаяны с окружающей кожей.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Какие исследования необходимо провести для установления диагноза?

3. С какими язвенными поражениями в области гениталий необходимо провести дифференциальную диагностику?

ОТВЕТЫ:

Первичный сифилис половых органов.

1). 1). Микроскопическое исследование в темном поле отделяемого язвы для обнаружения бледной трепонемы.

2). Серологические исследования: РСК или РМП, РИФ-Абс или ИФА или РПГА.

2. Мягкий шанкр, шанкриформная пиодермия, острая язва Чапина-Липшютца, чесоточная эктима, кожный лейшманиоз, раковая язва, туберкулезная язва, молниеносная гангрена половых органов Фурнье, гонорейные язвы, трихомонадные язвы, травматическая язва.

Ситуационная задача №17

К врачу дерматовенерологу обратился больной по поводу язвы в области уздечки полового члена.

Язву заметил 5 дней назад, смазывал мазью с антибиотиками. Женат. Имеет ребенка двух лет. Случайные половые связи отрицает. При осмотре в области уздечки полового члена язва размером с мелкую горошину, правильной формы, дно ровное, покрыто серозно-гнойным налетом. При пальпации язва безболезненная, в основании прощупывается уплотнение. Паховые лимфатические узлы размером 1.0*0.3см., плотно-эластической консистенции, безболезненные, не спаяны с окружающей кожей.

При обследовании: бледная трепонема с язвы не обнаружена. Серологические реакции крови (КСР) отрицательные.

ВОПРОСЫ:

1. Возможный диагноз.
2. Тактика ведения больного.

ОТВЕТЫ:

1. Первичный сифилис половых органов.
2. 1). Назначение на область язвы на несколько дней влажно-высыхающих повязок с изотоническим раствором хлорида натрия и проведение повторного микроскопического исследования в темном поле отделяемого язвы для обнаружения бледной трепонемы. Если бледная трепонема в отделяемом язвы не обнаружена, то необходимо провести пункцию паховых лимфатических узлов.
 - 2). Клиническое и серологическое обследование больного: РИФ или ИФА или РПГА.
 - 3). Серологическое обследование жены: РСК или РМП, РИФ или ИФА или РПГА.
 - 4). После обследования матери при необходимости серологическое обследование ребенка: РСК или РМП, РИФ-Абс. или ИФА или РПГА.
 - 5). Обследование предполагаемого источника заражения и половых контактов.

Ситуационная задача №18

К урологу обратился больной с жалобами на невозможность открыть головку полового члена. При осмотре головка полового члена не открывается, цвет его кожи не изменен. Консистенция плотная, болезненности нет. При легком массаже отделяемого из препуциального мешка не отмечается. Паховые лимфоузлы размером 1.5*1.0 см., плотно-эластические, безболезненные, не спаяны с окружающей кожей.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика уролога.
3. Какие исследования прежде всего должен сделать венеролог?

ОТВЕТЫ:

1. Первичный сифилис половых органов.
2. Провести больному экспресс-диагностику сифилиса (МРП). Направить больного на консультацию к врачу-дерматовенерологу.
 - 1). Провести больному пункцию паховых лимфатических узлов с последующим микроскопическим исследованием пунктата в темном поле для обнаружения бледной трепонемы.
 - 2). Серологическое обследование: РСК или РМП, РИФ-Абс. или ИФА или РПГА.

Ситуационная задача №19

К врачу обратился больной с жалобами на неприятные ощущения в области ануса. Во входе в анус имеется щелевидная эрозия, слегка уплотненная в основании, мясо-красного цвета, без воспаления вокруг, безболезненная.

1. Какие заболевания следует предполагать?
2. Как подтвердить диагноз?

ОТВЕТЫ:

1. Хроническая трещина, изъязвившийся геморроидальный узел, полип, рак прямой кишки.
2. 1). Микроскопическое исследование в темном поле отделяемого язвы для обнаружения бледной трепонемы.
2). Серологическое обследование: РСК или РМП, РИФ-Абс. или ИФА или РПГА.

Ситуационная задача №20

У больной, обратившейся к гинекологу, правая большая половая губа увеличена в размерах, при надавливании следа от вдавления пальцем не осталось, цвет кожи синюшный. Лимфоузлы паховые с обеих сторон размером 2.0*1.5 см., подвижные, безболезненные. На коже туловища обильная розеолезная сыпь. В анамнезе беспорядочная половая жизнь.

ВОПРОСЫ:

1. Тактика врача-гинеколога.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Дальнейшая тактика ведения больной.

ОТВЕТЫ:

1. Направить больную на консультацию к врачу-дерматовенерологу.
2. Вторичный сифилис кожных и слизистых оболочек.
1). Провести больной пункцию паховых лимфатических узлов с последующим микроскопическим исследованием в темном поле пунктата для обнаружения бледной трепонемы.
2). Серологическое обследование: РСК или РМП в количественном варианте.
3). Обследование предполагаемого источника заражения и половых контактов

Ситуационная задача №21

К врачу дерматовенерологу обратился больной 40 лет с высыпаниями на коже туловища. В течение года имеет регулярные половые связи с одной женщиной. При осмотре на коже туловища крупная розеолезная сыпь, мелкоочаговое облысение на волосистой части головы, поредение бровей, вокруг ануса-сгруппированные эрозированные папулы. При осмотре половой партнерши высыпаний на коже и слизистых у неё не обнаружено, периферические лимфатические узлы не увеличены.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Тактика в отношении половой партнёрши. Её возможный диагноз.

ОТВЕТЫ:

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. 1). Микроскопическое исследование в темном поле отделяемого эрозированных папул для обнаружения бледной трепонемы.
2). Серологическое обследование: РСК или РМП в количественном варианте.
3. Серологическое обследование половой партнерши: РМП (в количественном варианте) или РСК с кардиолипиновым (в количественном варианте) и трепонемным антигеном; РИФ-Абс. или ИФА или РПГА. Возможный диагноз: Скрытый ранний сифилис.

Ситуационная задача №22

К врачу дерматовенерологу обратился больной 40 лет с жалобами на высыпания на коже туловища. При осмотре на коже туловища множественная мелкая розеолезная сыпь, в области

ладоней и подошв папулы. Вокруг ануса гипертрофические, эрозивные папулы. Выражен полиаденит. В области уздечки полового члена рубчик размером 0.2-0.3 см. КСР(4 +) в титре 1:160

ВОПРОСЫ:

1. Какой следует поставить диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

ОТВЕТЫ:

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. Сифилитическую розеолу необходимо дифференцировать с отрубевидным лишаём, токсикодермией, инфекционной эритемой при брюшном тифе, сыпном тифе, кори, краснухе, розовым лишаем Жибера, «мраморной кожей», пятнами от укусов лобковых вшей. Папулезный сифилид ладоней и подошв необходимо дифференцировать с ладонно-подошвенным псориазом, хронической экземой ладоней и подошв, роговой экземой, ладонно-подошвенной кератодермией, омозолелостями, бородавчатыми разрастаниями, анулярной гранулемой, саркоидом кожи. Гипертрофические, эрозивные папулы вокруг ануса необходимо дифференцировать с остроконечными кондиломами, геморроидальными узлами, вегетирующей пузырчаткой, фолликулитами, мягким шанкром, контагиозным моллюском.

Ситуационная задача №23

При осмотре слизистой оболочки рта у больного, обратившегося к терапевту по поводу недомогания, обнаружена эритематозная ангина (эритема с синюшным оттенком, четкими границами, захватывает миндалины, дужки), на боковой поверхности языка и десны верхней челюсти беловатые папулы величиной до мелкой горошины.

ВОПРОСЫ:

1. Тактика врача-терапевта.
2. Возможный диагноз.
3. Тактика врача-венеролога.

ОТВЕТЫ:

1. Направить больного на консультацию к врачу-дерматовенерологу.
2. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
3. 1). Микроскопическое исследование в темном поле отделяемого с поверхности папул на языке и десне для обнаружения бледной трепонемы.
2). Серологическое обследование РСК или РМП в количественном варианте.
3). Обследование предполагаемых источников заражения и половых партнеров.

Ситуационная задача №24

У больной на коже туловища множественная мелкая розеолезная сыпь, на ладонях и подошвах папулы, диффузное поредение волос на голове, в области задней спайки больших половых губ эпителизирующаяся язва. Полиаденит.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз.
2. Какие мероприятия необходимо провести для подтверждения диагноза?

ОТВЕТЫ:

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. 1). Микроскопическое исследование в темном поле отделяемого язвы для обнаружения бледной трепонемы.
2). Серологическое обследование больной: РСК или РМП в количественном варианте.

Ситуационная задача №25

У больного на коже лба и волосистой части головы появились папулы, не сопровождающиеся субъективными ощущениями. Одновременно заметил поредение волос, были высыпания на половых органах.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. План обследования.

ОТВЕТЫ:

1. Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек.
2. Клинико-серологическое обследование: РСК или РМП (в количественном варианте).

Ситуационная задача №26

У больной на коже туловища единичные, крупные розеолы; на ладонях сгруппированные папулы, поредение бровей и ресниц. КСР (4+) в титре 1:80. Венеролог диагностировал сифилис вторичный рецидивный. У источника заражения установлен ранний скрытый сифилис. Больная находится в тесном бытовом контакте с двумя детьми. Возраст детей 1,5 года и 12 лет.

ВОПРОСЫ:

1. Возможно ли заражение детей от больной сифилисом бытовым путем?
2. Ваша тактика в отношении данных бытовых контактов.

ОТВЕТЫ:

1. Возможно
2. Ребенку в возрасте 1,5 года показано клинико-серологическое обследование (РСК или РМП, РИФ-Абс. или ИФА или РПГА). При отрицательных результатах обследования показано проведение превентивного лечения. После окончания лечения ребенок подлежит однократному клинико-серологическому обследованию через 3 месяца после лечения. При положительных результатах обследования ребенку показано проведение специфического лечения. Ребенку в возрасте 12 лет необходимо провести клинико-серологическое обследование (РСК или РМП, РИФ-Абс. или ИФА или РПГА). При отрицательных результатах обследования лечение не назначается, а через 4 месяца проводится повторное обследование, после чего наблюдение прекращают. При положительных результатах обследования ребенку показано проведение специфического лечения.

Ситуационная задача №27

У мужчины 60 лет, вдовца, в терапевтическом отделении, где он находился по поводу обострения язвенной болезни желудка, МРП(4+), КСР (4+) в титре 1:20. При осмотре венерологом клинических наружных проявлений сифилиса нет.

В анамнезе три года назад половая связь с незнакомой женщиной. Спустя три месяца заметил у себя какие – то высыпания на коже, которые его не беспокоили. К врачу не обращался.

ВОПРОСЫ:

1. Ваша дальнейшая тактика.
2. Возможный диагноз.

ОТВЕТЫ:

- 1). Серологическое обследование больного: РСК с кардиолипидным антигеном (в количественном варианте) и РМП (в количественном варианте), РИФ-Абс. или ИФА или РПГА при возможности РИБТ.
 - 2). Обследование терапевта (с рентгенографией органов грудной клетки), невропатолога, окулиста, отоларинголога. Целесообразно провести спинномозговую пункцию.
 - 3). Серологические реакции с ликвором: РСК с кардиолипидным и трепонемным антигенами, РИФ с цельным ликвором.
2. Поздний сифилис скрытый.

Ситуационная задача №28

На прием к педиатру обратилась женщина с ребенком, у которого на слизистой полости рта неделю назад появились папулезные высыпания. Ребенку 2 месяца. При осмотре на ладонях, на слизистой полости рта в области щек папулы; заложенность носа, насморк. Мать обследовалась в первой половине беременности.

ВОПРОСЫ:

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика врача – педиатра.
3. Дальнейшая тактика врача – венеролога для подтверждения диагноза.

ОТВЕТЫ:

1. Ранний врожденный сифилис с симптомами.
2. 1). Направить маму и ребенка на консультацию к врачу дерматовенерологу.
2). Клинико-серологическое обследование матери: РМП или РСК, РПГА или ИФА или РИФ-Абс.
3. Серологическое обследование ребенка: РСК, РИБТ, РИТ или РПГА или ИФА или РИФ или FTA-200 или РИФ-Абс. или 19S (IgM) FTA-ABC или IgM-(Captia syphilis-M) или IgM ELISA или IgG (IgM)-тест-ловушка или метод иммуноблотинга для определения IgG или IgM или ПЦР.

Ситуационная задача №29

В родильный дом поступила беременная, которая в кожном – венерологическом диспансере по поводу вторичного рецидивного сифилиса получила один курс пенициллина.

ВОПРОСЫ:

1. Возможен ли врожденный сифилис у ребенка?
2. Какие исследования необходимо провести в родильном доме ребенку?

ОТВЕТЫ:

1. Возможен.
2. 1). Патоморфологические изменения плаценты.
2). Клинико-серологическое обследование ребенка: РСК, IgM ELISA или IgG (IgM)-тест-ловушка.

Ситуационная задача №30

Мужчина 25 лет девять дней назад имел половую связь с женщиной, у которой установлен диагноз вторичного свежего сифилиса. При обследовании мужчины клинических проявлений сифилиса не выявлено. МРП (-), КСР(-).

ВОПРОСЫ:

1. Тактика врача-венеролога в отношении этого мужчины.

ОТВЕТЫ:

1. 1). Назначение превентивного лечения.
2). Клинико-серологический контроль после окончания лечения (однократное клинико-серологическое обследование через 3 месяца после лечения).

1. Дисциплина: Общественное здоровье и здравоохранение.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1; ПК-4; ПК-10; ПК-11	1-5

Ситуационные задачи

Задача 1

В 20 гор. больницу г. Ростова обратился гр-н К., житель города Майкопа Краснодарского края, в связи с приступом почечнокаменной болезни. Дежурный врач, изучив его документы (паспорт, страховое свидетельство и справку больницы г. Майкопа), с учетом удовлетворительного состояния гр-на К. и отсутствия экстренных показаний, отказал в оказании медицинской помощи на том основании, что он не является жителем г. Ростова и страховое свидетельство выдано по его месту жительства. Однако ночью состояние больного резко ухудшилось, и вызванная скорая помощь, после оказания первой помощи, увезла его в БСМП-2, где он был прооперирован.

Как можно квалифицировать с правовой точки зрения действия врача 20 больницы?

Ответ: В соответствии с Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, с законом РФ "О медицинском страховании граждан в РФ" и Положении об обеспечении прав граждан, застрахованных в РФ по обязательному медицинскому страхованию врач 20 больницы обязан был оказать помощь, так как больной является гражданином России и имеет свидетельство об ОМС. Действия врача противоправны и могут расцениваться как преступление по статье 124 УК РФ "Неоказание помощи больному", а в случае причинения среднего или тяжкого вреда по статье 118 УК РФ "Причинение среднего или тяжкого вреда по неосторожности". Гр-н может также подать гражданский иск на возмещение причиненного ему материального и морального вреда в соответствии с Гражданским кодексом РФ.

Задача 2

Ассистент кафедры хирургии медицинского университета, кандидат медицинских наук, находясь в отпуске, с семьей ехал на собственной машине на черноморское побережье. При выезде из города он остановился, так как дорога была перекрыта из-за аварии. Выйдя из машины, он увидел травмированного, лежащего на обочине дороги мужчину в тяжелом состоянии, заметил открытый перелом правой бедренной кости с кровотечением, слышал, как автоинспектор вызывал скорую помощь. Но тут дорогу открыли, и он продолжил путь.

Имеется ли какое-либо нарушение в поведении врача и какое?

Ответ: Врач, увидев травмированного, который нуждался в остановке кровотечения и иммобилизации конечности, понимал, что неоказание медицинской помощи может повлечь ухудшение здоровья и даже смерть от кровопотери. Тем не менее, помощь он не оказал, считая, что он находится в отпуске и не обязан этого делать. Во-первых, он нарушил нравственные нормы профессии, изложенные в "Клятве врача", предусмотренной ст. 60 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. Во-вторых, он совершил преступление по ст. 124 УК РФ "Неоказание помощи больному", так как по жизненным показаниям он должен оказывать первую медицинскую помощь в любом месте и в нерабочее время (в том числе находясь в отпуске).

Задача 3

В детскую городскую больницу поступил двенадцатилетний ребенок, доставленный после падения с балкона 3 этажа с повреждениями, вызвавшими кровопотерю. Требовалось срочное переливание крови, однако родители, мусульмане по вероисповеданию, не дали согласие врачам на переливание крови. Врачи, после информации о последствиях их отказа не стали делать эту процедуру, пытаясь остановить кровь медикаментозными средствами, но ребенок умер от обильной кровопотери.

Ответственен ли медицинский персонал за смерть мальчика?

Ответ: Несмотря на статью 33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан о праве граждан на отказ от медицинской помощи (в этом случае при отказе родителей несовершеннолетнего ребенка до 15 лет), необходимой для спасения его жизни, руководство больницы или отделения (либо дежурный врач), после информации и попытки убедить родителей, должны обратиться в суд для защиты интересов ребенка.

Задача 4

Женщина 47 лет в экстренном порядке поступила в урологическое отделение ГКБ№6 г. Красноярска с камнем мочеточника. Полостную операцию врачи предложили сделать

бесплатно, а эндоскопическую за 12000 руб. Кроме того в отделении предлагают больным приобрести за свой счет одноразовые шприцы.

1.Входит ли эндоскопическая операция на мочеточнике и обеспечение одноразовыми шприцами в Программу ОМС?

2.На какой территории РФ действителен полис ОМС?

Ответ:

1.В соответствии с Программой государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи, раздел 1, п.1.2. заболевания мочеполовой системы входят в Перечень заболеваний, при возникновении которых гражданам предоставляется бесплатная медицинская помощь, в т.ч. – эндоскопические операции. Одноразовые шприцы оплачиваются больницам из средств обязательного медицинского страхования и должны предоставляться бесплатно.

2.Полис обязательного медицинского страхования действует на всей территории Российской Федерации.

Задача 5

Пенсионер, временно проживающий по улице Батурина г. Красноярска, постоянная прописка в г. Екатеринбурге, имеет полис ОМС, выданный в г. Екатеринбурге. При обращении в поликлинику по поводу заболевания пенсионеру предложили в регистратуре прием терапевта на платной основе, т.к. со слов регистратора иногородний полис недействителен.

1.Правомерно ли поступает поликлиника?

2.Куда обращаться при нарушении прав на оказание бесплатной медицинской помощи?

Ответ:

1.Нет, неправомерно. Согласно статье 5 раздела 2 Закона РФ от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», страховой медицинский полис, выданный пенсионеру по месту жительства в г. Екатеринбурге, действителен на всей территории Российской Федерации.

2.Для решения вопроса о лечении в поликлинике, необходимо обратиться к заведующему отделением поликлиники или главному врачу больницы, при отсутствии результата – в отдел организации защиты прав застрахованных граждан краевого фонда ОМС.

3. Дисциплина: Педагогика.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1	1-12
УК-3	2-12

Ситуационные задачи

Задача 1

При ответе на вопрос студент не согласился с оценкой преподавателя (70 баллов, три), считая ее заниженной, настаивая на оценке 86 баллов (четыре). Ответ действительно содержал недочеты, однако учащийся их не усмотрел.

Каковы Ваши действия в данной ситуации?

Задача 2

На занятии студент систематически отказывается отвечать на вопросы преподавателя, не выполняет задания, обосновывая это тем, что ему не интересно, этот предмет «лишний» для изучения.

Что Вы предпримете в данных сложившихся условиях?

Задача 3

Студенты регулярно опаздывают на Ваше занятие, тем самым нарушая его ход, мешая другим учащимся, создавая нерабочую обстановку в учебном коллективе.

Каковы Ваши действия в данной ситуации? Как, на Ваш взгляд, можно решить проблему с опозданиями учащихся?

Задача 4

Педагог на уроках физкультуры, зная, что Сидоров тяготеет к фитнесу, весь семестр не разрешает ему пойти в тренажерный зал, и, зная, что Попов склонен к бегу – не разрешает ему бегать кросс, дает всем единое задание, чем снижает интерес этих учащихся к физкультуре. Какие принципы и подходы не учел педагог?

Задача 5

На занятии по социальной педагогике преподаватель вначале сообщает общее положение, закон, а затем постепенно начинает выводить частные случаи, более конкретные задачи.

1. Определите метод обучения в соответствии с логикой раскрытия содержания темы.
2. Укажите его преимущества.

Задача 6

На лекции преподаватель дает студентам задание: слушать внимательно лекцию, находить и записывать неточности и возникающие ошибки, которые преподаватель допускает намеренно. В конце лекции преподаватель обсуждает со студентами все зафиксированные ими ошибки.

1. Определите метод обучения.
2. К какой группе методов он относится?

Задача 7

На занятии по социальной педагогике учащиеся воспринимают учебную информацию, усваивают наиболее важные моменты в обобщенном виде, закрепляют изученное путем повторения нового материала, применяют изученное в ходе выполнения упражнений или анализа жизненных ситуаций.

1. Определите метод обучения, использованный преподавателем.
2. В каких случаях этот метод наиболее эффективен?

Задача 8

Начиная занятие, преподаватель узнает, что студенческая группа не подготовилась к важной теме по дисциплине, ссылаясь на отсутствие учебников в библиотеке и т.д.

Каковы Ваши действия в данной ситуации? Необходимо ли, на Ваш взгляд, ставить неудовлетворительные оценки в данном случае?

Задача 9

Заведующий кафедрой предложил преподавателям составить портфолио достижений на некоторых способных студентов, активно участвующих в общественной и научной жизни университета.

Как Вы считаете, какие виды портфолио можно составить? Что может войти в данное портфолио достижений студента?

Задача 10

Если бы Вам поручили разработать сборник кейсов по дисциплине, то какие случаи из практической деятельности специалиста могли бы послужить основой для кейса?

Задача 11

При ответе на вопрос студент сильно заикается из-за волнения и индивидуальных особенностей речи. В результате Вы плохо понимаете, о чем ведёт речь студент, не можете оценить его ответ.

Что Вы предпримете в данных сложившихся условиях?

Задача 12

Преподавателю при приеме на работу дали ознакомиться с тремя образовательными программами (рекомендованной Минобразованием РФ; инновационной, опубликованной в печати; утвержденной образовательным учреждением).

Какую из представленных программ учитель должен считать обязательной основой для своей деятельности?

4. Дисциплина: Медицина чрезвычайных ситуаций.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
ПК-3, ПК-5; ПК-7; ПК-12	1-6

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1

Пострадавший неподвижен, на оклик не реагирует. Видимое дыхание отсутствует. Пульс на лучевой и сонной артериях не определяется. Действуйте!

Ситуационная задача 2

Пострадавший неподвижен, на оклик не реагирует. Видимое дыхание и пульс на лучевой артерии отсутствует. Пульс на сонной артерии едва определяется. Правая голень оторвана на уровне верхней трети. Видимого кровотечения нет. Одежда обильно пропитана кровью. Местность холмистая, температура воздуха +30°C. Действуйте!

Ситуационная задача 3

Раненый без сознания. Двигательное возбуждение. Вдох затруднен, сопровождается втяжением надключичных ямок. Цианоз губ. На одежды следы рвотных масс. В правой лобно-височной области ссадина и ограниченная припухлость мягких тканей. Пульс редкий. Действие в городе, дождь. Действуйте!

Ситуационная задача 4

Лицо залито кровью. Нижняя челюсть деформирована и смещена кзади. Сознание отсутствует. Вдох судорожный. Пульс частый. Местность лесисто-болотистая. Температура воздуха +15°C. Действуйте!

Ситуационная задача 5

Раненый в сознании. Беспокоен. Жалобы на нехватку воздуха. Дыхание частое, поверхностное. Цианоз лица. Пульс частый. В левой подлопаточной области умеренно кровоточащая рана 3x2 см. Выраженная подкожная эмфизема туловища, головы и верхних конечностей. Поле. Температура воздуха -5°C. Действуйте!

Ситуационная задача 6

Во время теракта подорвался на фугасе. Сознание спутано, стонет. Правая нижняя конечность висит на кожном лоскуте на уровне верхней трети голени. Рана культи умеренно кровоточит. На переднебоковой поверхности шеи слева рана 6x3 см с обильным кровотечением. Левая стопа разрушена, не кровоточит. Город. Температура воздуха +3 °C.

Ответы на ситуационные задачи

1. Отсутствие дыхания и кровообращения свидетельствует о том, что раненый мертв.

2. Отсутствие дыхания при сохраненном, хотя и ослабленном кровообращении (наличие пульса на сонной артерии) свидетельствует о том, что пострадавший находится в терминальном состоянии, обусловленном разрушением голени, массивной кровопотери и

обезвоживанием пострадавшего (температура +30°C). Непосредственная угроза жизни от остановки дыхания.

Первая медицинская помощь:

1. ИВЛ

2. В случае восстановления самостоятельного дыхания - обезболить и наложить жгут выше раны

3. Повязка на рану

4. Транспортная мобилизация прибинтовыванием поврежденной конечности к здоровой

5. под жгут записка с указанием даты и времени его наложения.

6. Обильно напоить раненого, если сохранен акт глотания.

7. Оттащить раненого в укрытие (обратный скат холма) и придать устойчивое положение на боку для предупреждения западения языка.

8. Накрыть накидкой медицинской для предупреждения общего перегревания.

9. Подлежит первоочередному выносу с очага.

10. Если самостоятельное дыхание не восстанавливается в течении пяти минут или исчезнет пульс, раненый мертв. Реанимацию прекратить. Преступить к оказанию медицинской помощи другим пораженным.

3. Наличие ссадины и припухлости в правой височной области, отсутствие сознания и следы рвотных масс свидетельствуют о том, что пострадавший получил закрытую тяжелую травму черепа. Удушье, по-видимому, обусловлено аспирацией рвотных масс и западением языка.

Первая медицинская помощь:

1. Подложить валик под плечи.

2. Запрокинуть голову, открыть рот и выдвинуть нижнюю челюсть.

3. Очистить пальцем ротоглотку от рвотных масс.

4. Ввести воздуховод.

5. Оттащить раненого в положении на боку или на животе в здание вблизи от проезжей части улицы и придать устойчивое положение на боку.

6. Подлежит первоочередному вывозу.

4. Деформация и смещение нижней челюсти кзади свидетельствует о ее переломе. Удушье обусловлено западением языка и, по-видимому, аспирацией крови (лицо залито кровью).

Первая медицинская помощь:

1. Подложить под плечи валик.

2. Запрокинуть голову, открыть рот и выдвинуть нижнюю челюсть.

3. Очистить пальцем ротоглотку от сгустков крови.

4. Ввести воздуховод.

5. Имобилизовать нижнюю челюсть пращевидной повязкой.

6. Оттащить раненого в укрытие и придать устойчивое положение на боку.

7. Подлежит первоочередному вывозу.

5. Жалобы на удушье и наличие раны в левой подлопаточной области с выраженной подкожной эмфиземой туловища свидетельствуют о наличии у раненого прогрессирующего напряженного левостороннего пневмоторакса, угрожающего жизни из-за резкого повышения внутриплеврального давления и смещения средостения.

Первая медицинская помощь:

1. Наложить окклюзионную повязку с клапаном на рану груди.

2. Обезболивание.

3. Придать раненому положение полусидя.

4. Укутать накидкой медицинской для профилактики общего переохлаждения.

6. У раненого множественные повреждения: обильно кровоточащая рана на переднебоковой поверхности шеи слева, отрыв правой голени с умеренным кровотечением из раны и некровоточащая обширная рана левой стопы.

Первая медицинская помощь:

1. Остановить кровотечение из раны шеи пальцевым прижатием левой сонной артерии к позвоночнику, после чего наложить давящую повязку с пелотом, проводя туры бинта справа через поднятую вверх правую руку.
2. Наложить жгуты на правую голень тотчас выше раны и на нижнюю треть левой голени.
3. Обезболить.
4. Наложить повязки на раны.
5. Иммобилизовать нижние конечности.
6. Обильно напоить раненого.
7. Записка с указанием даты и времени наложения жгутов.
8. Подлежит первоочередному вывозу.

5. Дисциплина: Патология.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
ПК-1; ПК-6.	1-3

Ситуационные задачи

Задача 1. У беременной Н., 25 лет на почве токсикоза развилась острая дистрофия печени, которая привела к недостаточности ее функции. Больная возбуждена. Бредит, наблюдаются судорожные подергивания мышц. Кожа и слизистые оболочки желтушные. Пульс 92 в мин, артериальное давление 100/70 мм. рт. ст. В крови и моче резко увеличено содержание аминокислот и аммиака и уменьшение содержание мочевины. Специальные исследования выявили наличие в крови большого количества аминов (гистамина, тирамина, серотонина).

Какие данные указывают на нарушение межклеточного обмена белков? Каковы возможные причины и механизмы этих расстройств? Имеются ли у больной нарушения конечного этапа белкового обмена? Обоснуйте свое заключение. Чем обусловлено возбуждение больной?

Задача 2

Больной М., 46 лет, научный работник, жалуется на ослабление памяти, головокружение, боли в области сердца, одышку при физической нагрузке. Считает себя больным в течение 3 лет. Физическим трудом и физкультурой не занимается. Много курит. Питается хорошо, много употребляет мяса и животных жиров, а фруктов и овощей – недостаточно. Объективно: среднего роста, гиперстеник. Выглядит значительно старше своих лет. Кожа и мышцы дряблые. Границы сердца увеличены. Тоны глухие. Пульс 86 в мин, ритмичный. АД 140/90 мм. рт. ст. На ЭКГ выявляются признаки коронарной недостаточности. При рентгеноскопии обнаружено расширение дуги аорты. В крови резко увеличено содержание холестерина и β -липопротеидов. Больному назначена лечебная физкультура и диета, богатая овощами и фруктами, со сниженной калорийностью и ограничением животных жиров. Кроме того, рекомендовано ввести в суточный рацион не менее 20 г натурального растительного масла.

Каковы вероятные причины и последствия гиперхолестеринемии у данного больного? Почему больному рекомендовано употреблять в пищу растительное масло, овощи и фрукты?

Задача 3. Оцените результаты исследования КОС крови:

У больной гнойный перитонит.

pH	7,48
pCO ₂ , мм рт.ст.	49
SB, ммоль/л	26,5
BB, ммоль/л	52,5
BE, ммоль/л	+6
TK, ммоль/л	18

6. Дисциплина: Клиническая фармакология.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1; ПК-6.	1-5

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной А., 42 лет, госпитализирован с диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения, ФК II, АГ 2 степени, очень высокого риска. Постоянно принимал пропранолол в дозе 120 мг в сутки. После перенесенной ОРВИ появилась экспираторная одышка, уменьшающаяся после приема 2 доз сальбутамола. Самостоятельно отменил пропранолол, прочитав в аннотации к препарату о его способности вызывать бронхообструкцию. Через 24 часа после отмены появились сильные сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, тахикардия, повышение АД. ЭКГ: предсердная экстрасистолия, депрессия сегмента ST в V5, V6 до 1 мм, гипертрофия левого желудочка. Пациент связывает ухудшение состояния с приемом сальбутамола.

Укажите причину ухудшения состояния больного и проведите коррекцию антиангинальной терапии.

Задача 2.

Больному С., 62 года, обратился с жалобами на выраженные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникшие после физической нагрузки. Боли беспокоят в течении 1 часа. ЧСС –85 в мин., АД 140\80 мм.рт.ст.(максимальное АД – 190\100мм.рт.ст.). На ЭКГ: зубец Q отсутствует, подъем сегмента ST на 2 мм в I,II,AVL, V5-V6 отведениях – изоэлектрическая кривая. Депрессия ST в III, AVF.

Какие лекарственные препараты должен назначить врач скорой помощи (перечислить группы)?

Задача 3.

Больная, 40 лет, поступила с жалобами на периодически возникающие подъёмы АД до 210-230/150 мм рт. ст., которые сопровождаются сильной головной болью, потливостью, сердцебиением, ощущением страха. Кризы провоцируются наклоном или резким поворотом туловища, похудение. Считает себя больной в течение 5 лет. Лечилась амбулаторно - без особого эффекта. В анамнезе жизни - операция по поводу медуллярной опухоли щитовидной железы. Объективно: состояние удовлетворительное, астенический тип телосложения, m тела 65 кг, рост 162 см. Область сердца не изменена. ВТ пальпи-руется в V м/р по 1. medioclaviculares sinistra, PS 98 в Г, АД 150/100. При пальпации живота женщина побледнела, покрылась холодным потом, расширились зрачки, в глазах - страх. PS 130, АД 220/110 мм рт. ст. На ЭКГ - картина субэндокардиальной ишемии. После в/в введения фентоламина АД снизилось до 140/80 мм рт. ст., картина субэндокардиальной ишемии на ЭКГ купировалась. ОАК, БАК без особенностей. Ваши диагнозы, дальнейшая тактика и лечение.

Задача 4.

Вызов СМП. Больная, 36 лет, возбуждена, кожные покровы гиперемированы, влажные. Жалуется на давящие боли в области сердца, головную боль, преимущественно в затылочной и височной областях. АД 180/100 мм рт. ст. Диагноз? Тактика?

Задача 5.

Больной К., 22 года поступил с жалобами на боли в эпигастральной области, купируемые приемом альмагеля. Из анамнеза: 2 года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; имеется аллергическая реакция на пенициллин, проявляющаяся отеком Квинке. При ФГДС выявлена язва (0,7 см. в диаметре) в ампуле двенадцатиперстной кишки. При исследовании биоптатов слизистой двенадцатиперстной кишки обнаружен *Helicobacter pylori*. Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение.

Вопросы:

1. Укажите схему эрадикации, ее продолжительность.
2. Назовите антисекреторный препарат, назначаемый после эрадикации, укажите длительность его назначения.
3. Через какое время после окончания курса антихеликобактерной терапии должна осуществляться диагностика эрадикации Нр.

7. Дисциплина: Социально-психологические основы профессиональной деятельности.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-2; ПК-9	1-4

Решите следующие задачи:

- 1) 12 бурлаков молча тянут баржу. Общение это или нет?
- 2) Мать баюкает месячного младенца. Общение это или нет?
- 3) Человек смотрит по телевизору балет. Общение это или нет? Если да, то где обмен информацией?
- 4) Лектор произносит монолог, а аудитория не задает ни вопроса, не подает ни одной реплики, не записывает, но слушает, а слышит ли, понимает ли – сказать трудно. Можно ли это считать общением между лектором и аудиторией?