



УТВЕРЖДАЮ

проректор по образовательной
деятельности
ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России

Михальченко Д.В.

20

Программа школы мастерства
«Кожные заболевания с позиций междисциплинарного подхода»
на базе кафедры дерматовенерологии
на 2026-2027 учебный год

1. Общие положения

1.1. Миссией школы мастерства является совершенствование профильной подготовки обучающихся на кафедре дерматовенерологии с формированием индивидуальных образовательных траекторий, персонифицированного подхода, углубленного изучения образовательной программы.

1.2. Цель школы мастерства:

- сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача
- развить мотивацию к дальнейшему развитию в области дерматовенерологии,
- улучшить практические навыки посредством освоения технологий и методик диагностики и лечения в дерматовенерологии.

1.3. Целевая аудитория - студенты старших курсов, прошедшие курс ОП специалитета по дисциплине «Дерматовенерология», обучающиеся по программам специалитета, направлениям подготовки «Лечебное дело» 6 курс, «Педиатрия» 6 курс, «Стоматология» 4-5 курс.

1.4. Участие обучающегося в школе мастерства направлено на развитие и совершенствование следующих общепрофессиональных компетенций:

ОПК-4. Способность применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК-5. Способность оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач

ОПК-7. Способность назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

1.5. Основные направления работы школы мастерства.

- онкопатология кожи
- поражение кожи при заболеваниях внутренних органов
- изменения кожи при беременности
- детская дерматология
- нарушения пигментации
- введение в косметологию

1.6. Правила поступления в школу мастерства.

Претенденты могут подать заявление на имя руководителя школы мастерства на поступление не позднее 20 сентября, для участия необходимо:

- отсутствие академической задолженности,
- средний балл 4,0 и более.

Руководитель ШМ проводит конкурсный отбор среди претендентов по оценочным средствам, предоставленным в программе школы мастерства, определяет учащихся подлежащих зачислению, в соответствии с ранжированием по итогам проведения конкурсного отбора в рамках установленных вакантных мест. Деканат факультета готовит проект единого приказа о зачислении в школу мастерства не позднее 30 сентября.

1.7. Количество вакантных мест для обучающихся – 5.

1.8. Дата начала занятий в школе (не ранее 01 октября)- 06 октября.

2. Регламент участия в школе мастерства

2.1. Регулярность и вид занятий, формы проведения заседаний.

Занятия школы мастерства проходят ежемесячно с октября по июнь, ежегодно. Занятия проходят в виде лекций, семинаров, круглых столов, деловых игр.

2.2. Формы и вид промежуточного и итогового контроля

- промежуточный и итоговый контроль проводится в виде тестирования и собеседования.

2.3. Календарно-тематический план заседаний.

Дата	Тема занятия	Форма занятия	Преподаватель
Октябрь	Новообразования кожи. Доброкачественные и злокачественные новообразования кожи клинические проявления.	Лекция	Щава С.Н.
	Дифференциальная диагностика и тактика ведения доброкачественных новообразований кожи. Дерматоскопия.	Семинар	Шишкина М.А.
Ноябрь	Дифференциальная диагностика и тактика ведения злокачественных новообразований кожи. Дерматоскопия.	Семинар	Шишкина М.А.
	Патология волос	Лекция	Сердюкова Е.А.

Декабрь	Алопеции. Клинический разбор	Семинар	Попов В.В.
	Фотодерматозы. Классификация. Этиологические аспекты различных форм фотодерматозов. Клиническая картина. Диагностика и лечение.	Лекция	Щава С.Н.
Январь	Аутодеструктивные дерматозы	Круглый стол	Жукова В.Б.
	Патология кожи новорожденных и детей первого года жизни. Физиологические и транзиторные заболевания кожи у новорожденных. Патология кожи детей раннего возраста.	Лекция	Сердюкова Е.А.
Февраль	Дерматозы, ассоциированные с беременностью: пемфигоид, полиморфный дерматоз беременных, внутрипеченочный холестаз, атопический дерматит. Этиология, Особенности клиники. Диагностика, лечение.	Лекция	Сердюкова Е.А.
	Тактика ведения беременных с патологией кожи	Деловая игра	Шишкина М.А.
Март	Нарушения пигментации кожи	Деловая игра	Попов В.В.
	Физиологические изменения ногтей. Врожденные и наследственные заболевания с патологией ногтевых пластин. Инфекционные заболевания ногтей.	Лекция	Щава С.Н.
Апрель	Дерматоскопия при кожной патологии	Семинар	Шишкина М.А.
	Патология кожи при нарушениях обмена	Лекция	Щава С.Н.
Май	Разбор клинических случаев из практики венеролога	Деловая игра	Попов В.В.

3. Фонд оценочных средств (ФОС)

3.1. ФОС для проведения конкурсного отбора обучающихся ВолгГМУ в школу мастерства.

3.1.1. Вопросы для собеседования

- 1) Строение кожи.
- 2) Функции кожи.
- 3) Патогистологические процессы в эпидермисе и дерме.

- 4) Первичные пролиферативные элементы сыпи
- 5) Первичные экссудативные элементы сыпи
- 6) Вторичные элементы сыпи

3.1.2. Тестовые задания

Выберите один правильный ответ

1. ГЛАВНАЯ ФУНКЦИЯ КОЖИ:

- а) дыхательная
- б) защитная
- в) секреторная
- г) депонирующая

2. АПОКРИНОВЫЕ ПОТОВЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

- а) всюду
- б) в складках и области гениталий
- в) на волосистой части головы
- г) на ладонях и подошвах

3. К ПРОЛИФЕРАТИВНЫМ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЦЕССАМ ОТНОСЯТ

- а) гранулез
- б) акантолиз
- в) баллонную дистрофию
- г) спонгиоз

4. В ЭПИДЕРМИСЕ ЗАЛЕГАЮТ НЕРВНЫЕ РЕЦЕПТОРЫ :

- а) воспринимающие чувство холода
- б) воспринимающие чувство тепла
- в) болевые рецепторы
- г) рецепторы, передающие чувство давления

5. АКАНТОЗ ЭТО

- а) межклеточный отек, приводящий к расширению росткового слоя
- б) потеря связи между эпидермальными клетками
- в) неполное ороговение
- г) усиленная пролиферация базальных и шиповатых клеток

6. ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИМИ МЕХАНИЗМАМИ ФОРМИРОВАНИЯ ПУЗЫРНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ЯВЛЯЮТСЯ (выберите 2 верных ответа)

- а) баллонизирующая дистрофия
- б) акантолиз
- в) акантоз
- г) паракератоз

7. К ПЕРВИЧНЫМ ЭКССУДАТИВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ ОТНОСЯТ

- а) узел
- б) бугорок
- в) папула
- г) волдырь

8. КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА ЭПИДЕРМОФИТИИ СТОП

- а) себорейная
- б) вульгарная
- в) дисгидротическая
- г) инфильтративно-нагноительная

9. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГРИБКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- а) микроскопическое исследование
- б) пункцию лимфоузлов
- в) серологическая диагностика и аллерготестирование
- г) пробу Ядассона

10. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

- а) пробу Бальцера
- б) пробу Ядассона
- в) триаду Ауспитца
- г) пробу Бенъе-Мещерского

11. К ДЕРМАТОМИКОЗАМ ОТНОСЯТ

- а) отрубевидный лишай
- б) микобактериозы
- в) кандидоз
- г) микроспорию

12. ПРИЗНАКИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ

- а) симметричность поражения
- б) локализация вокруг травм, ран, язв
- в) пузырьки на боковых поверхностях пальцев
- г) шелушение в межпальцевых складках

13. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ ПРИ ОСТРОЙ ЭКЗЕМЕ

- а) бугорок
- б) эрозия
- в) микровезикула
- г) лихенификация

14. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ

- а) лихенификация
- б) микровезикуляция и мокнутие
- в) эксудативный характер поражения
- г) положительная изоморфная реакция

15. ПРИЧИНОЙ ТОКСИДЕРМИИ МОЖЕТ БЫТЬ

- а) орошение раны риванолом
- б) повязка с синтомициновой эмульсией
- в) УФО
- г) прием антибактериального препарата внутрь

16. К ОБЛИГАТНЫМ РАЗДРАЖИТЕЛЯМ ПРИ КОНТАКТНОМ ДЕРМАТИТЕ ОТНОСЯТ

- а) мази с анальгетиком

- б) ингаляции
 - в) косметические средства
 - г) высокие и низкие температуры
17. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА Лайелла
- а) общеукрепляющая терапия
 - б) массивная антибактериальная терапия
 - в) седативная терапия
 - г) массивная кортикостероидная терапия
18. ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПРИ КОЖНОМ ЗУДЕ
- а) лихеноидная папула
 - б) эксфолиация
 - в) волдырь или экссудативная папула
 - г) отсутствуют
19. К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСЯТ
- а) увеличение уровня Ig A
 - б) увеличение уровня Ig B
 - в) увеличение уровня Ig G
 - г) увеличение уровня Ig E
20. СИМПТОМ ДЕНИ-МОРГАНА ЭТО
- а) ихтиоз ладоней
 - б) бледность кожи лица и темное окрашивание век
 - в) увеличение уровня иммуноглобулинов E в сыворотке крови
 - г) складка нижнего века
21. АБСОЛЮТНЫЕ ПРИЗНАКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА
- а) характерная морфология и локализация высыпаний
 - б) белый дермографизм
 - в) симптом Дени-Моргана
 - г) частые кожные инфекции
22. КЛИНИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ СКЛЕРОДЕРМИИ
- а) глубокая форма Капоши-Ирганга
 - б) полосовидная форма
 - в) центробежная эритема Биетта
 - г) дискоидная форма
23. ДЛЯ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО
- а) уплотнение кожи
 - б) фолликулярный гиперкератоз и рубцовая атрофия
 - в) папуло-пустулезные элементы, телеангиоэктазии
 - г) локализация на ладонях и подошвах
24. К ВЫСОКОКОНТАГИОЗНОЙ ФОРМЕ СТАФИЛОДЕРМИЙ ОТНОСЯТ
- а) остиофолликулиты
 - б) импетиго ногтевых валиков
 - в) эпидемическую пузырчатку новорожденных

- г) гидраденит
25. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ ПРИМЕНЯЮТ
- а) топические стероиды
 - б) мыльно-керасиновая эмульсия
 - в) бензилбензоат
 - г) антибактериальные мази
30. ПРИЗНАК РЕГРЕССИРУЮЩЕЙ СТАДИИ ПСОРИАЗА
- а) псевдоатрофический ободок
 - б) положительная изоморфная реакция
 - в) гиперемированный венчик роста
 - г) выраженное шелушение бляшек
31. КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА ПСОРИАЗА
- а) вульгарный
 - б) слизистых оболочек
 - в) полосовидный
 - г) пемфигоидный
32. ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ТРИАДА ЭТО
- а) три последовательных клинических стадии
 - б) три сезона обострений
 - в) три главные клинические формы
 - г) три симптома при поскабливании папулы
33. ДЛЯ ВЕГЕТИРУЮЩЕЙ ПУЗЫРЧАТКИ ХАРАКТЕРНО (выберите 2 верных ответа)
- а) дряблые пузыри быстро ссыхаются в пластинчатые листовидные корки
 - б) процесс начинается с кожи лица, располагается на в/ч головы, грудь, плечи
 - в) локализация высыпаний в складках и на слизистой рта
 - г) появление вегетаций
34. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА НЕОБХОДИМО
- а) обнаружить клетки Тцанка
 - б) провести пробу Ядассона
 - в) получить положительный результат мазка-отпечатка на акантолитические клетки
 - г) определить отложение Ig G в области шиповатого слоя эпидермиса
35. В ОСНОВЕ АКАНТОЛИЗА ЛЕЖИТ
- а) усиленная пролиферация шиповатых клеток
 - б) образование полости в области базальной мембраны
 - в) межклеточный отек шиповатых клеток
 - г) разрушение связи между шиповатыми клетками
36. ПУЗЫРИ ПРИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ
- а) субкорнеальные

- б) субэпидермальные
 - в) пузыри в области сосочкового слоя дермы
 - г) внутриэпидермальные
37. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА ПРИМЕНЯЮТ
- а) противомаларийные препараты
 - б) витаминотерапия и препараты железа
 - в) препараты йода и брома
 - г) сульфоны и сульфаниламиды
38. КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ
- а) вульгарный
 - б) вегетирующий
 - в) полосовидный
 - г) гипертрофический
39. ПЕРВИЧНЫЙ ЭЛЕМЕНТЫ ПРИ ПСОРИАЗЕ
- а) пузырь
 - б) везикула
 - в) папула
 - г) узел
40. ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА ТОКСИДЕРМИИ
- а) папулезная
 - б) синдром Ядассона
 - в) синдром Рейно
 - г) синдром Лайелла

3.2. ФОС итоговой аттестации участников школы мастерства.

3.2.1. Вопросы для собеседования.

- 1) Новообразования кожи. Классификация. Клинические проявления. Тактика ведения пациентов.
- 2) Фотодерматозы. Классификация. Клиника. Лечение .
- 3) Патология ногтей. Клинические проявления. Принципы терапии.
- 4) Алопеции. Этиопатогенез. Клинические проявления. Методы лечения.
- 5) Витилиго. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.
- 6) Дерматозы беременных. Клинические проявления. Тактика ведения.
- 7) Патология кожи при нарушениях обмена. Тактика ведения пациентов
- 8) Патология кожи новорожденных.

3.2.2. Тестовые задания. Выберите один или несколько правильных ответов

1. В ДИАГНОСТИКЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
 1. Биохимический анализ крови
 2. Общий анализ мочи
 3. Общий анализ крови
 4. Определение уровня кортизола
 5. Серологический тест для исключения сифилиса
2. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА И ТИПА ОБЛЫСЕНИЯ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ
 1. Локальная
 2. Субтотальная
 3. Универсальная
 4. Тотальная
 5. Мультицентричная
3. ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ
 1. Волосяных фолликулов
 2. Ногтевых пластин
 3. Меланоцитов
 4. Сальных желез
4. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ АЛОПЕЦИИ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ
 1. Трихограмму/фототрихограмму
 2. Дерматоскопию
 3. Электронную микроскопию
 4. ЭКГ
5. ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ДИФFUЗНОЕ ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
 1. Стрессовых ситуациях
 2. Соматических заболеваниях
 3. Вирусных заболеваниях
 4. Бактериальных инфекциях
6. ГНЕЗДНУЮ АЛОПЕЦИЮ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
 1. Диффузной токсичной алопецией
 2. Трихомикозом
 3. Фолликулярной формой красного плоского лишая на голове
 4. Ретикулярным облысением при сифилисе
7. КАКОВА ОСНОВНАЯ СЛОЖНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ АУТОДЕСТРУКТИВНЫХ ДЕРМАТОЗОВ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ?
 1. Отсутствие возможности визуального осмотра высыпаний
 2. Высокая стоимость лабораторных анализов на аллергены
 3. Мгновенное подтверждение диагноза с помощью дерматоскопии
 4. Упорное нежелание пациентов признавать самоповреждение и предоставление ложной информации

8. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ СУТОЧНАЯ НОРМА ВЫПАДЕНИЯ ВОЛОС ЭТО

1. До 120-150
2. 80-100
3. Более 120
4. Менее 80

9. АНДРОГЕНЕТИЧЕСКАЯ АЛОПЕЦИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБУСЛОВЛЕНА

1. Генетической предрасположенностью
2. Гормональными нарушениями
3. Приемом лекарственных средств
4. Нарушением питания

10. ДЛЯ ВИТИЛИГО ХАРАКТЕРНЫ ТАКИЕ ПЕРВИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ КАК

1. Папула
2. Волдырь
3. Пятно
4. Узел

11. В ПАТОГЕНЕЗЕ ВИТИЛИГО ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ

1. Болезни легких
2. Болезни щитовидной железы
3. Нарушения нервной системы
4. Недостаточность гипофизарно-надпочечниковой системы

12. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНО ВИТИЛИГО ПРОВОДЯТ С

1. Псориазом
2. Розовым лишаем
3. Отрубевидным лишаем
4. Туберкулезом кожи

13. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО ПРИМЕНЯЮТ

1. Препараты цинка, меди, железа
2. Меладинин
3. Антибиотики
4. ПУВа - терапию

14. В ОЧАГАХ ВИТИЛИГО НА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

1. Нарушается чувствительность
2. Выпадают волосы
3. Обесцвечиваются волосы
4. Волосы завиваются

15. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ВИТИЛИГО ИСПОЛЬЗУЮТ

1. Дерматоскопию
2. Люминисцентную диагностику
3. УЗИ кожи

16. КАКОЙ СПЕЦИАЛИСТ ЯВЛЯЕТСЯ КЛЮЧЕВЫМ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АУТОДИСТРУКТИВНЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ, КРОМЕ ДЕРМАТОЛОГА

1. Аллерголог
2. Инфекционист
3. Психотерапевт (или психиатр)
4. Эндокринолог.

17. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО ЯВЛЯЮТСЯ

1. Топические глюкокортикостероиды
2. Топические ингибиторы кальционеврина
3. Активированный цинкопиритион
4. Солнцезащитные средства

18. К НЕДЕТЕРМИНИРОВАННЫМ ФОРМАМ ВИТИЛИГО ОТНОСЯТ

1. Акрофациальное витилиго
2. Фокальное витилиго
3. Универсальное витилиго
4. Генерализованное витилиго

19. ЛУЧШАЯ ФОРМА ДЛЯ НАРУЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН ЭТО

1. Гель
2. Эмульсия
3. Лак
4. Примочки

20. ОНИХОРЕКСИС – это

1. Расщепление ногтевой пластинки в продольном направлении
2. Образование блюдце блюдцеобразного вдавления на поверхности ногтевой пластинки
3. Отхождение ногтевой пластинки от ногтевого ложа
4. Поперечная борозда от одного ногтевого валики до другого

21. «СИМПТОМ НАПЕРСТКА» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ТАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК

1. Красная волчанка
2. Псориаз
3. Сифилис
4. Экзема

22. РОСТКОВУЮ ЗОНУ НОГТЯ НАЗЫВАЮТ

1. Ногтевое ложе
2. Ногтевой валик
3. Матрикс
4. Кутикула

23. ИЗМЕНЕНИЕ НОГТЕВОЙ ПЛАСТИНЫ ПРИ ОНИХОМИКОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. Онихографией
2. Анонихией
3. Изменением цвета

4. Появлением продольных трещин
24. ОНИХОГРИФОЗ ЭТО
 1. Утолщение ногтевой пластины
 2. Расслоение ногтевой пластины
 3. Истончение ногтевой пластины
 4. Отхождение пластины от ногтевого ложа
25. СИМПТОМ «МАСЛЯНОГО ПЯТНА» ЭТО
 1. Изменение ногтевой пластины при хронической экземе
 2. Изменение ногтевой пластины при псориазе
 3. Размягчение ногтя при менопаузе
 4. Отложение избыточного кожного сала на ногтевой пластине
26. КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ НОГТЕВОЙ ПЛАСТИНЫ ,
ПОВРЕЖДЕННОЙ МИКОЗОМ – ЭТО
 1. Появление зоны роста «здорового» ногтя
 2. Увеличение количества линий Бо
 3. Полная замена ногтевой пластины
 4. Отсутствие гиперкератотических масс
27. В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОГРИФОЗА ПРИМЕНЯЮТ
 1. Удаление ногтя
 2. Ботулинотерапию
 3. Гравитационную хирургию
 4. Топические кератолитические средства, механическую обработку
28. К ФОТОДЕРМАТОЗАМ ОТНОСЯТ
 1. Лихеноидный парапсориаз
 2. Световая оспа
 3. Ветряная оспа
 4. Красный плоский лишай
29. ФОТОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ТИПИЧНА ДЛЯ
 1. Вульгарного ихтиоза
 2. Врожденного ихтиоза
 3. Ламеллярного ихтиоза
 4. Эритродермического ихтиоза
30. ОПРЕДЕЛЕННОСТИ ОБЫЧНО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ОБЛАСТИ
 1. В/ч головы
 2. Ладоней и подошв
 3. Голеней
 4. Промежности
31. ПРИЧИНОЙ ПОТНИЦЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ
 1. Переохлаждение
 2. Злоупотребление водными процедурами
 3. Перегревание
 4. Инсоляция
32. АКНЕ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ
 1. Везикулами

2. Папулами

3. Узлами

4. Бугорками

33. ЛЕЧЕНИЕ АКНЕ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ

1. Антибиотиками

2. Топическими ретиноидами

3. Системными ретиноидами

4. Не проводится

34. ВРОЖДЕННАЯ АПЛАЗИЯ КОЖИ ОБУСЛОВЛЕНА

1. Родовой травмой

2. Перегреванием

3. Переохлаждением

4. Генетическим дефектом

35. ПОЛИМОРФНЫЙ ФОТОДЕРМАТОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. Сыпь появляется через несколько часов/суток после пребывания на солнце и спадает через 1-7 дней, не оставляя следов.

2. Сыпь появляется во время пребывания на солнце и держится несколько часов, затем исчезает бесследно

3. Сыпь появляется через несколько часов и суток после пребывания на солнце, при регрессировании оставляет рубцовую атрофию

4. Сыпь появляется через 7 дней после инсоляции и держится до 1 месяца, не реагируя на терапию

36. ОДИН ИЗ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИК СОЛНЕЧНОЙ КРАПИВНИЦЫ

1. Появление волдырей только в летние месяцы

2. Поражается только кожа

3. Сыпь быстро исчезает после прекращения пребывания на солнце

4. Чаще всего поражаются руки и лицо.

37. СВЯЗЬ С КАКИМ ИНФЕКЦИОННЫМ АГЕНТОМ ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ В КАЧЕСТВЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА ПРИ СВЕТОВОЙ ОСПЕ

1. Цитомегаловирус

2. Энтеровирус

3. Ротавирус

4. Вирус Эпштейна-Барр

38. СВЕТОВОЙ ОСПОЙ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ

1. Девочки 1-5 лет

2. Мальчики 1-5 лет

3. Девочки 3-15 лет

4. Мальчики 3-15 лет

39. АКТИНИЧЕСКОЕ ПРУРИГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. Единичные высыпания на конечностях, асимметричные, не зудят

2. Симметричные высыпания на открытых участках тела, лихенификация, рубцы, гипопигментация, упорный зуд

3. Высыпания преимущественно на слизистых, сопровождаются болезненностью

4. Высыпания возникают в осенний период, регрессируют весной

30. ХРОНИЧЕСКИЙ АКТИНИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ - ТЕРМИН, ВКЛЮЧАЮЩИЙ НЕСКОЛЬКО НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ЕДИНИЦ – ЭТО

1. Актинический ретикулоид, стойкая световая реакция, светочувствительная экзема

2. Полиморфный фотодерматоз, солнечная крапивница, акне Майорка

3. Солнечная крапивница, солнечная экзема, фитофотодерматит

4. Световая оспа, акне Майорка

41. КАКОЙ ИЗ СПЕЦИАЛИСТОВ ЯВЛЯЕТСЯ КЛЮЧЕВЫМ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АТОДЕСТРУКТИВНЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ НАРЯДУ С ДЕРМАТОЛОГОМ?

1. Аллерголог

2. Инфекционист

3. Психотерапевт (или психиатр)

4. Эндокринолог

42. ПРЕПАРАТ, ЧАСТО ВЫЗЫВАЮЩИЙ ФОТОАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ:

1. Кетопрофен

2. Омепразол

3. Хлоропирамин

4. Изотретиноин

43. ПРИ ЭРИТРОПОЭТИЧЕСКОЙ ПРОТОПОРФИРИИ КРОМЕ КОЖИ ПОРАЖАЕТСЯ

1. Нервная система – энцефалиты, менингоэнцефалиты

2. Воспалительные заболевания кишечника

3. Желчекаменная болезнь и гемолитическая анемия

4. Неспецифические уретриты, циститы

44. ВНЕЗАПНОЕ ДИССЕМИНИРОВАННОЕ ВОЗНИКНОВЕНИЕ СЕБОРЕЙНОГО КЕРАТОЗА В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 50 ЛЕТ, АССОЦИИРОВАННОЕ С РЯДОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, НАЗЫВАЮТ

1. Синдром Лайелла

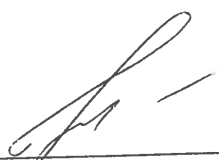
2. Синдром Лезера-Трела

3. Синдром Стивенса-Джонсона

45. ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ЭПИДЕРМАЛЬНОМ НЕБУСЕ

1. Кортикостероиды, кальципотриол, ретиноиды
 2. Топические антибиотики
 3. Антигистаминные препараты
 4. Местные цитостатики.
46. ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ КОЖИ, ОБЛАДАЮЩЕЕ САМЫМ НИЗКИМ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОТЕНЦИАЛОМ НАЗЫВАЮТ
1. Меланома
 2. Плоскоклеточный рак кожи
 3. Базальноклеточный рак кожи
 4. Карцинома Меркеля
47. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЙ, САМОПРОИЗВОЛЬНО РЕГРЕССИРУЮЩИЙ ГИСТИОЦИТОЗ, ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ В РАННЕМ ДЕТСТВЕ И РЕДКО У ВЗРОСЛЫХ, ЭТО
1. Ретикулогистиоцитоз врожденный саморазрешающийся Хасимото-Притцкера
 2. Гистиоцитоз из клеток Лангерганса
 3. Мультицентрический ретикулогистиоцитоз
 4. Ювенильная ксантогранулема
48. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НЕВУСОВ ШПИЦ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 12 ЛЕТ
1. Динамическое наблюдение
 2. Инцизионная биопсия
 3. Цитологическое исследование
 4. Эксцизионная биопсия
49. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ СОСУДИСТАЯ НЕОПЛАЗИЯ, КОТОРАЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРАКТИЧЕСКИ У ВСЕХ ЛЮДЕЙ СТАРШЕ 30 ЛЕТ
1. Пиогенная гранулема
 2. Бациллярный ангиоматоз
 3. Вишневая ангиома
 4. Лимфангиома
50. ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСОВ
1. Бело-голубая вуаль,
 2. Негативная сеть
 3. Типичная сеть
 4. Структуры регресса

Руководитель
школы мастерства

 / Жукова В.Б.