

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России  
Должность: ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России  
Дата подписания: 2023.08.18  
Уникальный программный ключ:  
123d1d365abac3d0cd5b93c39c0f12a00bb07446

Федеральное государственное  
бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Волгоградский  
государственный  
медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

**«УТВЕРЖДАЮ»**  
Директор Института НМФО  
Н.И. Свиридова  
«29» августа 2023 г.  
**ПРИНЯТО**  
на заседании ученого совета  
Института НМФО  
№ 1 от «29» августа 2023 г.

**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам.**

Наименование дисциплины: **Дерматовенерология**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.32 Дерматовенерология.**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-дерматовенеролог**

Кафедра: **Кафедра педиатрии и неонатологии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2020,2021,2022, 2023 года поступления (актуализированная редакция)

Волгоград, 2023

**Разработчики программы:**

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Щава С.Н.	Доцент кафедры педиатрии и неонатологии ИНМФО	к.м.н./доцент	Педиатрии и неонатологии Института НМФО
2.	Ерёмина Г.В.	Ассистент кафедры педиатрии и неонатологии ИНМФО		Педиатрии и неонатологии Института НМФО

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа ординатуры (уровень подготовки кадров высшей квалификации) по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология.

**Рабочая программа обсуждена** на заседании кафедры протокол № 6 от «01» 06 2023 года

Заведующий кафедрой педиатрии и неонатологии Института НМФО,  
д.м.н., профессор \_\_\_\_\_ И.Н. Шишиморов

**Рецензент:** заведующий кафедрой дерматовенерологии ФГБОУ ВО Северо-Осетинской государственной медицинской академии Минздрава России д.м.н. В.Т. Базаев

**Рабочая программа согласована** с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 1 от «29» 01 2023 года

Председатель УМК \_\_\_\_\_ М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики \_\_\_\_\_ М.Л. Наumenко

**Рабочая программа утверждена** на заседании Ученого совета Института НМФО протокол №1 от «29» 01 2023 года

Секретарь Ученого совета \_\_\_\_\_ В.Д. Заклякова

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И  
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p align="center"><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения, ее место в системе медицинского образования и практической деятельности врача.</li> <li>2. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан.</li> <li>3. Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения.</li> <li>4. Особенности изучения общей заболеваемости и её видов.</li> <li>5. Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения.</li> <li>6. Гигиеническое воспитание и образование населения.</li> <li>7. Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни.</li> <li>8. Система обязательного социального страхования в России.</li> <li>9. Обязательное медицинское страхование граждан РФ.</li> <li>10. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений.</li> <li>11. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности.</li> <li>12. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</li> <li>13. Качество медицинской помощи, основные понятия.</li> <li>14. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи.</li> <li>15. Организация экспертизы качества медицинской помощи.</li> </ol>
--	--

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p align="center"><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения.</li> <li>2. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.</li> <li>3. Особенности изучения общей заболеваемости</li> <li>4. Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам.</li> <li>5. Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.</li> <li>6. Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений.</li> <li>7. Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы.</li> <li>8. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</li> <li>9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.</li> <li>10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах.</li> <li>11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.</li> <li>12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.</li> <li>13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи.</li> <li>14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.</li> </ol>
--	--

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p align="center"><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Общественное здоровье – это ...             <ol style="list-style-type: none"> <li>а) <b>важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей;</b></li> <li>б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения;</li> <li>в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в</li> </ol> </li> </ol>
--	---

сфере медицины и здравоохранения

2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают:

**а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;**

б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах;

в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;

г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью

3. Болезненность - это:

а) заболеваемость по данным обращаемости;

б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;

**в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;**

г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью

4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения:

**а) 50–55 %;**

б) 20–25 %;

в) 15–20 %;

г) 10–15 %

5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы:

а) исторический;

б) статистический;

в) экспериментальный;

г) экономический;

д) социологический;

**е) все вышеперечисленные**

6. Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры:

а) все население с целью выявления туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и работающие подростки;

**б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки;**

в) все лица перед проведением профилактических прививок

7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются:

**а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;**

б) стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;

в) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;

г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения;

д) организация общественного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах

8. Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ...

**а) государственное социальное страхование;**

б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;

в) менеджмент здравоохранения;

	<p>г) экономика здравоохранения</p> <p>9. Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ...</p> <p>а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений;</p> <p><b>б) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ;</b></p> <p>в) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации</p> <p>10. Временная нетрудоспособность – это ...</p> <p>а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена;</p> <p>б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратной;</p> <p>в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме</p> <p>11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:</p> <p>а) до 10 дней;</p> <p><b>б) до 15 дней;</b></p> <p>в) до 4 месяцев;</p> <p>г) до 6 месяцев</p> <p>12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...</p> <p>а) оформляется по общим правилам со дня заболевания;</p> <p><b>б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;</b></p> <p>в) не выдается</p> <p>13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:</p> <p>а) своевременность оказания медицинской помощи;</p> <p>б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;</p> <p>в) степень достижения запланированного результата;</p> <p><b>г) совокупность вышеуказанных характеристик</b></p> <p>14. Виды контроля качества медицинской помощи:</p> <p>а) государственный контроль;</p> <p>б) ведомственный контроль;</p> <p>г) внутренний контроль;</p> <p><b>д) все вышеперечисленное верно</b></p> <p>15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...</p> <p>а) листок нетрудоспособности;</p> <p>б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;</p> <p>в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;</p> <p>г) врачебное свидетельство о смерти</p>
--	--

## Банк ситуационных клинических задач

<p><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p><b>Задача № 1.</b> Пациентка К., 70 лет., находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине. Какой нормативный акт регламентирует права пациента в сфере охраны здоровья? В медицинских организациях какой правовой формы возможно предоставление условий для отправления религиозных обрядов. Укажите условия оказания медицинской помощи, при которых предоставляется возможность для отправления религиозных обрядов.</p> <p><b>Задача № 2.</b> В городе S проживет 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752. Назовите основной первичный учетный медицинский документ, который оформляется в детской поликлинике. Какие показатели деятельности медицинской организации можно рассчитать из представленных данных?</p> <p><b>Задача № 3.</b> При проведении маммографического исследования в рамках профилактического медицинского осмотра у работницы С. выявили новообразование в правой молочной железе. Дальнейшее обследование у онколога подтвердило диагноз «Рак молочной железы». О каком методе изучения заболеваемости следует говорить в данном случае? Перечислите основные источники изучения заболеваемости. Назовите учетный документ. Перечислите виды медицинских осмотров.</p> <p><b>Задача № 4.</b> Работница В., 35 лет, с 10 по 22 марта болела ангиной, по поводу чего лечилась в поликлинике у врача-терапевта участкового. О каком виде нетрудоспособности идет речь? Каким документом удостоверяется временная нетрудоспособность? Кем и когда выдается листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении? На сколько дней лечащий врач самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности в поликлинике?</p> <p><b>Задача №5.</b> По данным отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» за 2016 год рассчитайте и оцените качество медицинской помощи по показателю летальности по больнице в целом и по отделениям. Какие критерии оценки качества медицинской помощи рекомендует ВОЗ? Перечислите виды контроля качества медицинской помощи согласно ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».</p>
---	--

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90%	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b> 61 – 75
<b>Хорошо (4)</b> -91-100	76– 90
<b>Отлично (5)</b>	91 – 100

## 2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

## 3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

## 4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)



**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины**

<b>Формируемые компетенции по ФГОС</b>		<b>Т –</b> тестирование	<b>КР –</b> контрольная работа,	<b>ЗС –</b> решение ситуационных задач,	<b>С –</b> собеседование по контрольным вопросам.	<b>Пр –</b> оценка освоения практических навыков (умений)
		<b>Тесты</b>	<b>Вопросы для контрольной работы</b>	<b>Задачи</b>	<b>Вопросы для собеседования</b>	<b>Практические навыки из перечня</b>
<b>УК</b>		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
<b>ПК</b>		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
		1-15	1-15	1-5	1-15	-
	<b>0</b>	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	<b>1</b>	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	<b>2</b>	1-15	1-15	1-5	1-15	-



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»**

Уровни освоения компетенций, планируемые результаты обучения и критерии их оценки.

Уровень освоения компетенции	Планируемые результаты обучения	Критерии оценивания результатов обучения				
Первый уровень (УК-1) - I готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Владеть:</b> абстрактным мышлением, методами анализа, синтеза В (УК-2) - I <b>Уметь:</b> применять методы анализа, синтеза У (УК-2) - I <b>Знать:</b> теоретико-методологические основы анализа, синтеза и абстрактного мышления 3 (УК-2) - I					
Второй уровень (УК-1) - II готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Владеть:</b> навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов анализа и синтеза В (УК-5) - II <b>Уметь:</b> применять методы анализа и синтеза У (УК-5) – II <b>Знать:</b> теоретические основы Анализа и синтеза 3 (УК-5) - II					
Третий уровень (УК-1) - III готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Владеть:</b> навыками использования современных методик анализа и синтеза <b>Уметь:</b> анализировать и мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья <b>Знать:</b> анализировать характер заболевания, назначать лечение;					
Первый уровень (УК-2) - I готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	<b>Владеть:</b> методами воспитания гармоничной, креативной и гуманной личности В (УК-2) - I <b>Уметь:</b> толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия У (УК-2) - I <b>Знать:</b> теоретико-методологические основы психологии личности и ее профессионального развития 3 (УК-2) - I					
Второй уровень (УК-2) - II готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	<b>Владеть:</b> навыками самостоятельного использования и применения в практической профессиональной деятельности методов сплочения коллектива В (УК-5) - II <b>Уметь:</b> применять методы сплочения коллектива					

	<p>У (УК-5) – II</p> <p><b>Знать:</b> теоретические основы управления коллективом</p> <p>3 (УК-5) - II</p>					
<p>Третий уровень (УК-2) - III</p> <p>готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p><b>Владеть:</b> навыками выбора оптимальных воспитательных технологий при обучении пациентов, среднего медперсонала, коллег, студентов.</p> <p>В (УК-5) - III</p> <p><b>Уметь:</b> анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки</p> <p>У (УК-5) - III</p> <p><b>Знать:</b> отечественные и зарубежные теории воспитания и личностного развития.</p> <p>3 (УК-5) - III</p>					
<p>Первый уровень (УК-3) - I</p> <p>Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p><b>Владеть:</b> методами обучения и воспитания обучающегося</p> <p>В (УК-3) - I</p> <p><b>Уметь:</b> работать с теоретическим содержанием учебной дисциплины</p> <p>У(УК-3) - I</p> <p><b>Знать:</b> теоретико-методологические основы педагогики</p> <p>3 (УК-3) - I</p>					
<p>Второй уровень (УК-3) - II</p> <p>Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p><b>Владеть:</b> навыками самостоятельной работы с основными образовательными программами среднего, высшего образования, ДПО</p> <p>В (УК-3) - II</p> <p><b>Уметь:</b> осуществлять категориальный анализ психолого-педагогических знаний о системе высшего образования;</p> <p>У (УК-3) - II</p> <p><b>Знать:</b> основы медицинской дидактики, структуру педагогической деятельности педагога, ее содержание и технологии обучения в вузе</p> <p>3 (УК-3) - II</p>					
<p>Третий уровень (УК-3) - III</p> <p>Готовность к участию в педагогической деятельности по основным образовательным программам среднего, высшего образования, ДПО</p>	<p><b>Владеть:</b> интерактивными технологиями интенсификации и проблемизации обучения в средней и высшей школе</p> <p>В (УК-3) - III</p> <p><b>Уметь:</b> анализировать, обобщать, делать выводы в рамках теоретических положений психолого-педагогической науки</p> <p>У (УК-3) - III</p> <p><b>Знать:</b> психолого-педагогические основы формирования профессионального системного мышления</p> <p>3(УК-3) - III</p>					
<p>Первый уровень (ПК-9)-1</p> <p>готовность к формированию у</p>	<p><b>Владеть:</b> санологическим мышлением</p> <p><b>Уметь:</b> осуществлять укрепление</p>					

населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	своего здоровья и информировать окружающих о методиках здоровьесбережения <b>Знать:</b> современные педагогические технологии обучения врачебной коммуникации					
Второй уровень (ПК-9)- II готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<b>Владеть:</b> навыками использования современных методик мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих <b>Уметь:</b> мотивировать пациентов и членов их семей на укрепление здоровья <b>Знать:</b> техники слушания и информирования пациентов о характере заболевания и лечения;					
Третий уровень (ПК-9) - III готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	<b>Владеть:</b> навыками формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих <b>Уметь:</b> приобщать население, пациентов и членов их семей к приобретению осознанных умений укрепления здоровья <b>Знать:</b> особенности мотивации в сфере здоровьесбережения у разных групп населения, пациентов, членов их семей					

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству  
конспект**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень  - пяти критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень -шести или семи критериям  <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	1. Краткость (конспект ориентировочно не должен превышать 1/8 от объема материала)
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуальной обработки материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков)
	7. Оформление в соответствии с требованиями

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству  
реферат**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень	
-пяти критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству  
эссе**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень	1. Содержание
	2. Аргументация
	3. Новизна
	4. Стиль
	5. Оформление
	6. Источники
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень	
-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству  
Ситуационная задача**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень	
-пяти критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству  
Творческие задания (синквейн, кроссворд, глоссарий и т.д.)**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень	1. Соответствие учебному материалу темы
	2. Создание новой информации собственными силами
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Логичность изложения
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень	5. Оформление
-пяти критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству  
Доклад**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия 2. Аргументированность

- трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> Ознакомительный уровень	3. Соблюдение культуры речи 4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> Репродуктивный уровень	
-пяти критериям <b>Отлично (5)</b> Продуктивный уровень	

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**  
**Тест**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	
-91-100 <b>Отлично (5)</b>	

**Собеседование**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	
-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	

**Критерии оценки уровня усвоения материала дисциплины и сформированности компетенций**

Характеристика ответа	Оцен ка ECTS	Бал лы в БРС	Уровень сформированн ости компетентнос ти по дисциплине	О ценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Студент демонстрирует продвинутый высокий уровень сформированности компетентности	A	100 –96	<b>ВЫСОКИЙ (продуктивный)</b>	5 (5 +)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в	B	95– 91		5

системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа. Студент демонстрирует продвинутый уровень сформированности компетенций.				
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные обучающимся с помощью преподавателя. Студент демонстрирует достаточный уровень сформированности компетентности.	С	90– 81	<b>СРЕДНИЙ (репродуктивный)</b>	4
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. Студент демонстрирует средний уровень сформированности компетенций.	D	80- 76		4 (4-)
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые обучающийся затрудняется исправить самостоятельно. Студент демонстрирует низкий уровень сформированности компетентности.	Е	75- 71	<b>НИЗКИЙ (ознакомительный)</b>	3 (3+)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует пороговый уровень сформированности компетентности.	Е	70- 66		3 (3-)
Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания обучающимся их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Студент демонстрирует крайне низкий уровень сформированности компетенций.	Е	65- 61	<b>КРАЙНЕ НИЗКИЙ (ознакомительный, либо компетенция не сформирована)</b>	9 3 (3-)
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и	Fx	60- 41		2

доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Студент демонстрирует недостаточный уровень сформированности компетенций.				
Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины. Студент не демонстрирует индикаторов достижения формирования компетенций. Компетентность отсутствует.	F	40-0	<b>КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ</b>	2

#### 4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

Формируемая компетенция	Наименование оценочного средства					
	текущий контроль					промежуточная/ итоговая аттестация
	Реферат (доклад, эссе)	Дискуссия	Тест	Творческое задание (индивидуальное/групповое)	Проект	Зачёт
<b>УК-1</b>	+	+	-	+	+	+
<b>УК-2</b>	+	+	-	+	+	+
<b>УК-3</b>		+	-	+	+	+
<b>ПК-9</b>	+	+	-	+	+	+

#### 12.1. Представление оценочных средств в фонде

##### Тематика рефератов

1. Принципы взаимодействия с членами семьи и ближайшим окружением инкурабельного больного.
2. Правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента
3. Эффективное общение.
4. Управление конфликтными ситуациями.
5. Функции педагогической деятельности врача-педагога
6. Современные подходы к пониманию педагогической технологии.
7. Классификации педагогических технологий.
8. Выбор педагогических технологий.
9. Особенности диалоговых технологий обучения.
10. Теоретические основы игровой технологии.
11. Педагогические условия эффективности использования педагогических технологий.
12. Андрагогика в контексте непрерывного образования.
13. Принципы и правила самостоятельной продуктивной работы по созданию индивидуальной самообразовательной траектории.
14. Подходы к оцениванию и коррекции процесса профессионального саморазвития.
15. Педагогическая и андрагогическая модели обучения и обучение человека на протяжении всей его жизни: возможности, ограничения, перспективы.



## 5.2 Вопросы и задания для самостоятельной работы, в том числе групповой самостоятельной работы обучающихся:

Вопросы и задания для самоконтроля при подготовке ординаторов к занятиям

Задания для самостоятельной работы

Творческие задания

Тестовые задания для самоконтроля знаний

представлены в пособии: Артюхина А.И., Чумаков В.И. **Педагогика**: учебно-методическое пособие для клинических ординаторов/ А.И. Артюхина, В.И. Чумаков.- Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017.- 168с.

### Тестовые задания

**Выберите один или несколько правильных ответов**

01. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ УСВОЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗНАНИЙ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ НА ЭТОЙ ОСНОВЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

- 1) воспитание
- 2) образование
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

02. МНОЖЕСТВО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ, ОБЪЕДИНЕННЫХ ЕДИНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В ЦЕЛОСТНОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ –

- 1) дидактика
- 2) педагогическая система
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

03. К ПОСТОЯННЫМ ЗАДАЧАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) выявление межличностных отношений в коллективе
- 2) изучение причин неуспеваемости
- 3) прогнозирование образования
- 4) обобщение практического опыта
- 5) вскрытие закономерностей обучения и воспитания

04. ДИАГНОСТИЧНАЯ ПОСТАНОВКА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) установление явного противоречия
- 2) описание действий учащихся, которые можно измерить и оценить
- 3) подбор диагностического инструментария
- 4) учет особенностей учащихся

05. ЛЮБАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДОЛЖНА ОТВЕЧАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ

- 1) доступности, прочности
- 2) концептуальности, системности
- 3) наглядности, научности
- 4) мобильности, вариативности

06. АЛГОРИТМ ПРОЦЕССА ДОСТИЖЕНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ (-ИМ) системой

- 1) процессом
- 2) концепций
- 3) технологией

07. АНДРАГОГИКА

- 1) образование мужчин
- 2) образование взрослых
- 3) образование дошкольников
- 4) образование пожилых людей

08. МЕТОДОЛОГИЯ

- 1) учение о научном методе познания
- 2) совокупность методов, применяемых в отдельных науках
- 3) синоним методики

4)учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики

**Установите правильную последовательность**

**09. СТРУКТУРА ТЕХНОЛОГИИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ**

- 1)проверка достижений (текущий контроль)
- 2)выходной контроль
- 3)представление материала модуля в виде учебных элементов
- 4)четкая формулировка целей
- 5)предварительный тест
- 6)входной контроль

**Установите соответствие**

**10. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ:**

- |                    |  |
|--------------------|--|
| 1. описательном    | А. выявление состояния педагогических явлений и процессов  |
| 2. диагностическом | Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности |
| 3. прогностическом | В. изучение передового и новаторского педагогического опыта  |

**11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ**

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| 1. проективном        | А. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции   |
| 2. преобразовательном | Б. оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания                                 |
| 3. рефлексивном       | В. внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью ее совершенствования и реконструкции |

**Выберите один или несколько правильных ответов**

**12.УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКСИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОЛОГИЧЕСКУЮ (-ОЕ)**

- 1) культуру
- 2) творчество
- 3) мастерство
- 4) умение

**14. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ**

- 1) технологии воспитательного процесса
- 2) личность воспитанника
- 3) содержание воспитания
- 4) развитие человека
- 5) закономерности процесса воспитания

**15. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ**

- 1)судьи
- 2)команда утверждения
- 3)команда отрицания
- 4)таймкипер
- 5)тьюторы
- 6)аналитик

**16. МЕТОДИКИ «ШЕСТЬ ШЛЯП», «ПЯТЬ ПАЛЬЦЕВ» ОТНОСЯТ К ТЕХНОЛОГИЯМ**

- 1) рефлексивным
- 2) контекстного обучения
- 3) модульного обучения
- 4) экспертно-оценочным

17. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) здоровьесберегающие
- 2) информационно-коммуникационные
- 3) обучение в сотрудничестве
- 4) объяснительно-иллюстративную
- 5) проекты и кейс- технологии
- 6) развитие «критического мышления»

18. ПРЕДМЕТНАЯ ПОДДЕРЖКА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА (ГОЛОС (РЕЧЬ) ПЕДАГОГА, ЕГО МАСТЕРСТВО, УЧЕБНИКИ, ОБОРУДОВАНИЕ)

- 1) задача обучения
- 2) форма обучения
- 3) цель обучения
- 4) средства обучения

19. УМЕНИЯ, ДОВЕДЁННЫЕ ДО АВТОМАТИЗМА, ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СОВЕРШЕНСТВА:

- 1) Навыки
- 2) Знания
- 3) Умения
- 4) Мотивы

20. СПЕЦИАЛЬНАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕР КОТОРОЙ ОБУСЛОВЛЕН ЕГО СОДЕРЖАНИЕМ, МЕТОДАМИ, ПРИЕМАМИ, СРЕДСТВАМИ, ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ

- 1) Форма обучения
- 2) Средство обучения
- 3) Метод обучения
- 4) Технология обучения

21. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ -

- 1) Правила
- 2) Принципы
- 3) Законы
- 4) Установки

22. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

- 1) Основы методологии педагогических исследований
- 2) Сущность, закономерности и принципы обучения
- 3) Сущность, закономерности и принципы воспитания
- 4) История педагогики

23. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

- 1) Целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
- 2) Гуманистичность и толерантность
- 3) Плюралистичность
- 4) Статичность

24. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

- 1) Методические приемы
- 2) Операции
- 3) Правила
- 4) Законы

25. ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

- 1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности.
- 2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях.

3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы

4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологии), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

#### 26. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологии), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления.

3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности.

4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания

#### 27. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА НАУЧНОМ ПОНИМАНИИ ЕСТЕСТВЕННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, СОГЛАСОВЫВАТЬСЯ С ОБЩИМИ ЗАКОНАМИ РАЗВИТИЯ ПРИРОДЫ И ЧЕЛОВЕКА СОГЛАСНО

1) принципу природосообразности

2) принципу культуросообразности

3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

#### 28. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЯХ И СТРОИТЬСЯ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭТНИЧЕСКОЙ И РЕГИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУР СОГЛАСНО

1) принципу природосообразности

2) принципу культуросообразности

3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания

4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

#### 29. СПОСОБЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА И УЧАЩИХСЯ С ЦЕЛЮ РЕШЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ ЗАДАЧ ЭТО

1) методы воспитания

2) средства воспитания

3) методические приемы воспитания

#### 30. ПРОЦЕДУРУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА МЕТОДОВ И ПРИЕМОВ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛИ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

1) методикой воспитания

2) воспитательной технологией

3) воспитательной системой

#### 31. РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ИГРОВАЯ, УЧЕБНАЯ, ТРУДОВАЯ И ДР.), А С ДРУГОЙ - СОВОКУПНОСТЬ ПРЕДМЕТОВ И ПРОИЗВЕДЕНИЙ МАТЕРИАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРЫ, ПРИВЛЕКАЕМЫХ ДЛЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЭТО

1) методы воспитания

2) средства воспитания

3) методические приемы воспитания

#### 32. К МЕТОДАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

1) наказание

2) создание воспитывающих ситуаций

3) педагогическое требование

4) соревнование

5) поощрение

#### 33. К УСЛОВИЯМ ВЫБОРА СИСТЕМООБРАЗУЮЩЕГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

1) индивидуальные особенности педагога

2) обеспечение целостности всех видов деятельности

- 3) учет этнических характеристик среды
- 4) престижность
- 5) соответствие главной цели и задачам системы

34. К ОСНОВНЫМ УСЛОВИЯМ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРИМЕРА В ВОСПИТАНИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) обстоятельное выяснение причин проступка
- 2) постоянный контроль и оценка результатов деятельности
- 3) авторитетность воспитателя
- 4) реальность достижения целей в определенных обстоятельствах
- 5) близость или совпадения с интересами воспитуемых

35. ПРИНЦИП СВЯЗИ ВОСПИТАНИЯ С ЖИЗНЬЮ ПРЕДПОЛАГАЕТ (один верный ответ)

- 1) формирование общеучебных умений
- 2) соединение воспитания и дополнительного образования
- 3) соединение воспитания с практической деятельностью
- 4) учет индивидуальных особенностей воспитанников

36. ПРОЦЕСС ТЕСТИРОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗДЕЛЕН НА ТАКИЕ ЭТАПЫ, КАК

- 1) выбор теста
- 2) проведение тестирования
- 3) интерпретация результатов
- 4) корректировка
- 5) самоанализ

37. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ – ЭТО (один верный ответ)

- 1) направление работы учителя
- 2) основное положение деятельности учителя
- 3) представление учителя о своей педагогической деятельности
- 4) идеальная модель ожидаемого результата педагогического процесса

38. УЧЕБНЫЙ ПЛАН – ЭТО НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ

- 1) перечень предметов, изучаемых в данном учебном заведении
- 2) количество времени на изучение тем курса
- 3) максимальную недельную нагрузку учащихся
- 4) перечень наглядных пособий
- 5) количество часов в неделю на изучение каждого предмета

39. ВИДАМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) самоконтроль
- 2) текущий
- 3) итоговый
- 4) фронтальный
- 5) предварительный

40. ОТМЕТКОЙ В ДИДАКТИКЕ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) количественный показатель оценки знаний
- 2) обеспечение обратной связи с учащимися
- 3) качественный показатель уровня и глубины знаний учащихся
- 4) метод устного контроля

41. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ЗА ОСНОВАНИЕ БЕРЁТСЯ ИСТОЧНИК ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ И ХАРАКТЕР ЕЁ ВОСПРИЯТИЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

42. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, В КАЧЕСТВЕ ОСНОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЛОГИКУ ИЗЛОЖЕНИЯ МАТЕРИАЛА УЧИТЕЛЕМ И ЛОГИКУ ВОСПРИЯТИЯ ЕГО УЧАЩИМИСЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

43. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ОСНОВАНИЕМ ВЫСТУПАЕТ СПОСОБ УПРАВЛЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ХАРАКТЕР УСТАНОВЛЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ПРЕДЛАГАЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ МЕТОДОВ АЛГОРИТМИЗАЦИИ И ПРОГРАММИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ (Т.А.ИЛЬИНА, Л. Н.ЛАНДА) (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

44. ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) внедрение новшеств
- 2) развитие обучаемых
- 3) использование диалоговых форм
- 4) усвоение знаний, умений, навыков
- 5) формирование мировоззрения

45. УЧЕБНИК ВЫПОЛНЯЕТ ТАКИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

- 1) материализованная
- 2) мотивационная
- 3) контролирующая
- 4) информационная
- 5) альтернативная

**Дополните высказывание**

46. РЕЧЬ И ДЕЙСТВИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, А ТАКЖЕ ЛЮБЫЕ МАТЕРИАЛЬНЫЕ ОБЪЕКТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ И СУБЪЕКТОМ УЧЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ-\_\_\_\_\_ ОБУЧЕНИЯ

47. ИЗБРАННАЯ СОВОКУПНОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ *МЕТОДОВ, СРЕДСТВ, ФОРМ ОБУЧЕНИЯ*, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ДОСТИЖЕНИЕ ЯВНО СФОРМУЛИРОВАННОЙ ЦЕЛИ-\_\_\_\_\_ ОБУЧЕНИЯ

48. ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ОПЕРАЦИИ, КОТОРАЯ НЕОБХОДИМО ДОЛЖНА ПРИСУТСТВОВАТЬ В ОБУЧЕНИИ, НО МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ПО-РАЗНОМУ-\_\_\_\_\_ ОБУЧЕНИЯ

49. СПЕЦИАЛЬНО ОТОБРАННАЯ И ПРИЗНАННАЯ ОБЩЕСТВОМ (ГОСУДАРСТВОМ) СИСТЕМА ЭЛЕМЕНТОВ *ОБЪЕКТИВНОГО ОПЫТА ЧЕЛОВЕЧЕСТВА*, УСВОЕНИЕ КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ДЛЯ УСПЕШНОЙ *ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДА* В ИЗБРАННОЙ ИМ СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛЕЗНОЙ ПРАКТИКИ -\_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЯ

50. ФРАГМЕНТ *СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ*, ВЫДЕЛЕННЫЙ С УЧЕТОМ ЕГО НАУЧНОЙ, МЕТОДИЧЕСКОЙ ИЛИ ПРАГМАТИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИКИ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБОЗНАЧЕННЫЙ В УЧЕБНОМ ПЛАНЕ - \_\_\_\_\_

#### **Тестовые задания самоконтроля по модулю II.**

**Выберите один или несколько правильных ответов**

01. ВОСПИТЫВАЮЩЕЕ И ОБУЧАЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ НА СТУДЕНТА, НАПРАВЛЕННОЕ НА ЕГО ЛИЧНОСТНОЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЕ РАЗВИТИЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) преподаванием
- 2) педагогической деятельностью
- 3) образованием
- 4) научением

02. ПРИЗНАНИЕ САМОЦЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, РЕАЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ И ВНЕШНЕЙ СВОБОДЫ – ЭТО ПРИНЦИП

- 1) гуманизма
- 2) непрерывности

- 3) демократизации
- 4) целостности

03. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

04. ЗНАНИЕ ПОЛОЖЕНИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ, УМЕНИЕ АНАЛИЗИРОВАТЬ СОБСТВЕННУЮ НАУЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВХОДЯТ В СОСТАВ

- 1) базовой культуры личности
- 2) методологической культуры учителя
- 3) педагогической культуры
- 4) культуры личности

05. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_\_ ТИПУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. артономическому
2. биономическому
3. технономическому
4. социономическому

06. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ – ЭТО СИСТЕМА ТАКИХ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ КОМПОНЕНТОВ, КАК

- 1) профдиагностика
- 2) самообразование
- 3) профессиональное просвещение
- 4) профессиональный отбор
- 5) развитие общей культуры

07. ЕСЛИ ПЕДАГОГ ПРИСПОСАБЛИВАЕТ СВОЕ ОБЩЕНИЕ К ОСОБЕННОСТЯМ АУДИТОРИИ, ТО ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОЖНО ОТНЕСТИ К \_\_\_\_\_ УРОВНЮ

- 1) адаптивному
- 2) локально-моделирующему
- 3) продуктивному
- 4) творческому

08. ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ, ПРЕДПОЛАГАЮЩАЯ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ УЧАЩИМСЯ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ, НАЗЫВАЕТСЯ (один верный ответ)

- 1) собеседование
- 2) консультацией
- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) педагогическая
- 2) культурно-просветительская
- 3) коммуникативно-рефлексивная
- 4) научно- методическая

10. ПРОФЕССИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОТНОСИТСЯ К СИСТЕМЕ (один верный ответ)

- 1) человек-техника
- 2) человек-человек
- 3) человек-природа
- 4) человек-знаковая система

11. РОД ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА, ПРЕДМЕТ ЕГО ПОСТОЯННЫХ ЗАНЯТИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) профессией
- 2) творчеством



- 3) специализацией
- 4) мастерством

12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК

- 1) конструктивные
- 2) организаторские
- 3) общеучебные
- 4) коммуникативные
- 5) двигательные

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) профессиональные намерения и склонности
- 2) коммуникативные возможности
- 3) педагогическое призвание
- 4) общеучебные умения и навыки
- 5) интерес к профессии учителя

14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

15. ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ТУ ИЛИ ИНУЮ ПРОФЕССИЮ, ПЕРЕЧЕНЬ НОРМ И ТРЕБОВАНИЙ К РАБОТНИКУ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) должностной инструкцией
- 2) государственным образовательным стандартом
- 3) технологией
- 4) профессиограммой

16. ПЕДАГОГ, СТРЕМЯЩИЙСЯ К РАВНОПРАВНОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ В ВОСПИТАНИКАМИ И ПРИЗНАЮЩИЙ ИХ ПРАВО НА СОБСТВЕННОЕ МНЕНИЕ, ИМЕЕТ \_\_ СТИЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) либеральный
- 2) авторитарный
- 3) демократический
- 4) конструктивный

17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) сочетание коллегиальности и единоначалия
- 2) ведущую роль администрации
- 3) представление полной свободы подчиненным
- 4) использование административных методов

18. С УЧЁТОМ ХАРАКТЕРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТУДЕНТОВ ВЫДЕЛЯЮТ СТИЛИ (один верный ответ)

- 1) авторитарный, демократический, либеральный
- 2) эмоционально-импровизационный, эмоционально-методический, рассуждающе-методический
- 3) индивидуалистический стиль, амбивалентный
- 4) копирующий стиль, ориентированный на результат

19. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН КАК НА ПРОЦЕСС ТАК И НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающе-импровизационный
- 4) эмоционально- методический

20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ ВСЕГДА

- 1) возникает в процессе разрешения конфликта

- 2) предшествует конфликту, но не является его основой
- 3) предшествует конфликту, является его основой
- 4) возникает только при скрытом конфликте

21. КОНФЛИКТ, ПРИ КОТОРОМ ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА СТРЕМЯТСЯ РЕАЛИЗОВАТЬ В СВОЕЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЗАИМОИСКЛЮЧАЮЩИЕ ЦЕЛИ

- 1) внутриличностный
- 2) межличностный
- 3) межгрупповой
- 4) личностно-групповой

22. ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВЫСТУПАЕТ КАК ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ПОДРАЖАНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЙ БЕЗУСЛОВНОМУ КОПИРОВАНИЮ, ЕГО СТИЛЬ (один верный ответ)

- 1) «Сократ»
- 2) «Генерал»
- 3) « Менеджер»
- 4) «Мастер»

23. НИЗКАЯ ВНУТРЕННЯЯ КОНФЛИКТНОСТЬ И САМООБВИНЕНИЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ СО СТИЛЕМ (один верный ответ)

- 1) авторитарным
- 2) демократическим
- 3) либеральным
- 4) анархическим

24. К СИГНАЛАМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ КОНФЛИКТ ОТНОСЯТ

- 1) кризис, недоразумение
- 2) инциденты, напряжение, дискомфорт
- 3) переутомление, неудовлетворённость
- 4) плохое настроение, ощущение ненужности

25. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН В ОСНОВНОМ НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающее- импровизационный
- 4) эмоционально- методический

26. СИСТЕМА ПРИЁМОВ И СПОСОБОВ ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЯ ЧЕЛОВЕКОМ СВОЕЙ РАБОТЫ (один верный ответ)

- 1) стиль педагогической деятельности
- 2) стиль деятельности
- 3) управление общением
- 4) управление педагогическим общением

27. СОСТОЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПОБУЖДАЕТ К “АТАКЕ” ИЛИ К “ОТСТУПЛЕНИЮ” ОТ ИСТОЧНИКА НЕПРИЯТНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И НАБЛЮДАЕТСЯ В СТАДИИ (один верный ответ)

- 1) зарождения конфликта
- 2) созревания конфликта
- 3) осознания конфликта
- 4) разрешения конфликта

28. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ХОДА КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ КОНФЛИКТОГЕННЫМИ

- 1) отложить решение конфликтной ситуации
- 2) компромиссные
- 3) репрессивные
- 4) агрессивные

29. ПРЕДНАМЕРЕННЫЙ КОНТАКТ (ДЛИТЕЛЬНЫЙ ИЛИ ВРЕМЕННЫЙ) ПЕДАГОГА И ВОСПИТАННИКОВ (ВОСПИТАННИКА), СЛЕДСТВИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ВЗАИМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИХ ПОВЕДЕНИИ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОТНОШЕНИЯХ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогическое влияние
- 3) педагогическое воздействие
- 4) конфликт

30. ТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД ОТОЖДЕСТВЛЯЕТ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПЕДАГОГА И ЗАКРЕПЛЯЕТ

- 1) субъект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 2) объект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 3) субъект-объектные отношения педагога и учащегося
- 4) объект-объектные отношения педагога и учащегося

31. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ, ВЗАИМОУСЛОВЛЕННАЯ СИСТЕМА ДЕЙСТВИЙ ПЕДАГОГА, СВЯЗАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ СОВОКУПНОСТИ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогический процесс
- 3) педагогическая технология
- 4) педагогическая система

**Установите соответствие**

32. ГРУППЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| 1. умения управлять собой   | А. владение своим телом                         |
|                             | Б. владение эмоциональным состоянием            |
| 2. умения взаимодействовать | В. организаторские                              |
|                             | Г. владение техникой контактного взаимодействия |
|                             | Д. дидактические                                |
|                             | Е. владение техникой речи                       |

33. УРОВНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

- |                     |   |
|---------------------|---|
| 1. вневигуанитарный | А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития                    |
| 2. нормативный      | Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками   |
| 3. технологический  | В. поиск новых форм организации обучения и воспитания, технологий   |
| 4. системный        | Г. принятие норм педагогической деятельности, не задумываясь о собственном отношении к ним                                  |
| 5. концептуальный   | Д. отрицание необходимости и возможности профессиональных смыслов своей деятельности, отстаивая только функции передачи ЗУН |

34. ГРУППЫ ФУНКЦИЙ

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| 1. присущие многим сферам человеческой деятельности | А. информационная            |
|   | Б. конструктивная            |
|   | В. организаторская           |
| 2. специфические педагогические                     | Г. коммуникативная           |
|   | Д. гностическая              |
|   | Е. воспитательно-развивающая |
|   | Ж. ориентационная            |
|   | З. мобилизационная           |
|   | И. исследовательская         |

**Дополните высказывание**

35. ПОБУЖДЕНИЕ К ДЕЙСТВИЮ, СВЯЗАННОЕ С УДОВЛЕТВОРЕНИЕМ ОСОЗНАВАЕМОЙ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТА И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ЕГО АКТИВНОСТЬ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИИ, ОБЩЕНИИ - \_\_\_\_\_

36. СИСТЕМА САМОРЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИЯ И ОБЩЕНИЯ СУБЪЕКТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ, ЦЕЛЬ \_\_\_\_\_

37. ОТНОСИТЕЛЬНО ЦЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ И ЦЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗАНЫ И ВЗАИМОУСЛОВЛЕННЫ - \_\_\_\_\_

38. СПОСОБНОСТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СВОИХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ НАЗЫВАЮТ \_\_\_\_\_

39. ТА ГРАНЬ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРАЯ ОТЛИЧАЕТ ЕГО ОТ ЖИВОТНОГО И СОЦИАЛЬНОГО МИРА, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ ЕГО СУБЪЕКТИВНЫЙ МИР - \_\_\_\_\_

40. ПОЗНАЮЩИЙ И ДЕЙСТВУЮЩИЙ ЧЕЛОВЕК, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО АКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СО СРЕДОЙ, ОБМЕН ВЛИЯНИЯМИ: НЕ ТОЛЬКО ПРИНЯТИЕ ЦЕННОСТЕЙ СРЕДЫ, НО И УТВЕРЖДЕНИЕ В НЕЙ СВОИХ ВЗГЛЯДОВ, СВОЕГО ЗНАЧЕНИЯ - \_\_\_\_\_

41. ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЕ ОТРАЖЕНИЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ К ТЕМ ОБЪЕКТАМ, РАДИ КОТОРЫХ РАЗВЕРТЫВАЕТСЯ ЕЁ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОСОЗНАВАЕМОЕ КАК «ЗНАЧЕНИЕ-ДЛЯ-МЕНЯ» \_\_\_\_\_

42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ - \_\_\_\_\_

43. ПРОЦЕСС КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ СФЕРЕ ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ, УПРАВЛЯЕМЫХ И НЕУПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ - \_\_\_\_\_

44. СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ В ОБРАЩЕНИИ СОЗНАНИЯ НА САМОЁ СЕБЯ; ПРОЦЕСС САМОПОЗНАНИЯ СУБЪЕКТОМ ВНУТРЕННИХ ПСИХИЧЕСКИХ АКТОВ И СОСТОЯНИЙ - \_\_\_\_\_

45. ОЦЕНКА ЛИЧНОСТЬЮ САМОЙ СЕБЯ, СВОИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, КАЧЕСТВ И МЕСТА СРЕДИ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ - \_\_\_\_\_

**Выберите один или несколько правильных ответов**

46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

- 1) учебная
- 2) воспитательная
- 3) вожатская
- 4) административная
- 5) организаторская
- 6) методическая
- 7) внешкольная
- 8) научно-исследовательская

47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) владение собой, своим телом
- 2) владение способами релаксации для снятия физического и психического напряжения
- 3) владение способами эмоциональной саморегуляции
- 4) владение языковой грамотностью

48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

- 1) диагностические умения
- 2) владение мимикой
- 3) умения целеполагания
- 4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания
- 5) организация педагогического взаимодействия
- 6) умения обратной связи

49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) способность вести за собой
- 2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией
- 3) образованность
- 4) организаторское чутьё
- 5) способность учитывать психологические особенности обучаемого

50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) знания как когнитивный компонент
- 2) умения
- 3) навыки
- 4) эмоции
- 5) ценностно-смысловое отношение к профессии

**ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ:**

**Проверяемые компетенции: УК-2, УК-3, ПК-9**

	<b>Вопросы для промежуточной аттестации</b>	<b>Проверяемые компетенции</b>
	1. Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.	УК-2, УК-3, ПК-9
	Основные базовые категории медицинской дидактики.	УК-2, УК-3, ПК-9
	Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача	УК-2, УК-3, ПК-9
	Формирование коммуникативной компетентности современного врача	УК-2, УК-3, ПК-9
	. Общее представление о процессе общения, его участниках	УК-2, УК-3, ПК-9
	Конфликтные и бесконфликтные коммуникации	УК-2, УК-3, ПК-9
	Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения	УК-2, УК-3, ПК-9
	Конфликты	УК-2, УК-3, ПК-9
	Взаимоотношения врача, пациента и его родственников	УК-2, УК-3, ПК-9
0	Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала	УК-2, УК-3, ПК-9
1	Социальная и профилактическая педагогика в работе врача	УК-2, УК-3, ПК-9
2.	Значение в медицинской практике навыков и умения общения врача с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
3	Понятие «педагогическое проектирование», принципы, этапы.	УК-2, УК-3
4	Педагогическое проектирование систем разного уровня (занятие, модуль, школа).	УК-2, УК-3, ПК-9
5	Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса в ЛПУ (Школа ...).	УК-2, УК-3, ПК-9
6	Подготовка врача-педагога к лекции	УК-2, УК-3, ПК-9
7	Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.	УК-2, УК-3, ПК-9
8	Организация и проведение занятий с пациентами.	УК-2, УК-3, ПК-9
9	Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.	УК-2, УК-3, ПК-9
0	Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.	УК-2, УК-3, ПК-9
1	Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
2	Мотивирование пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
3	Мотивирование членов семей пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ПК-9
4	Эффективное общение. Критерии и техники.	УК-2, УК-3, ПК-9

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»**

**Перечень вопросов для устного собеседования**

1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф.
2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф.
3. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ.

4. Формирования и учреждения ВСМК.
  5. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя
  6. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи.
  7. Врачебно-сестринские бригады.
  8. Понятие о лечебно-эвакуационном обеспечении в чрезвычайных ситуациях.
  9. Понятие об этапе медицинской эвакуации.
  10. Взаимодействие службы медицины катастроф с службой скорой медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.
  11. Понятие о медицинской сортировке.
  12. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и современные подходы к лечению миоренального синдрома на этапах медицинской эвакуации.
  13. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения минно-взрывной патологии на этапах медицинской эвакуации.
  14. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений на этапах медицинской эвакуации .
  15. Повреждения внутренних органов при минно-взрывной патологии.
  16. Минно-взрывная травма как причина политравмы.
  17. Виды ионизирующих излучений. Биологическое действие ионизирующих излучений.
- Классификация радиационных поражений.
18. Классификация, клинические проявления, диагностика острой лучевой болезни от внешнего облучения. Медицинская помощь на этапах медицинской эвакуации.
  19. Особенности острой лучевой болезни при внешнем неравномерном облучении.
  20. Особенности радиационных поражений при воздействии нейтронного облучения.
  21. Определение индивидуальных доз лучевого поражения.
  22. Основные направления лечения острой лучевой болезни.
  23. Классификация токсичных химических веществ и краткая характеристика групп.
  24. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
  25. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами пульмонотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
  26. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами цитотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
  27. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами общетоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
  28. Принципы оказания медицинской помощи пораженным токсичными химическими веществами в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
  29. Основные группы и схемы применения антидотов.
  30. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.

### Банк тестовых заданий (с ответами)

1. Всероссийская служба медицины катастроф – это:
  - а. функциональная подсистема РСЧС;**
  - б. территориальная подсистема РСЧС;
  - в. структурное подразделение МЧС;
  - г. структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ.
  
2. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» при работе в зоне ЧС предназначен:
  - а. для оказания первой помощи;
  - б. для оказания первой врачебной помощи;
  - в. для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи;**
  - г. для оказания специализированной медицинской помощи.
  
3. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
  - а. хирургическое отделение;**
  - б. травматологическое отделение;
  - в. неврологическое отделение;

г. нейрохирургическое отделение.

4. Переменная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:

- а. бригады доврачебной помощи;
- б. врачебно-сестринские бригады;
- в. бригады специализированной медицинской помощи;**
- г. бригады экстренного реагирования.

5. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:

- а. бригады доврачебной помощи;
- б. врачебно-сестринские бригады;
- в. бригады специализированной медицинской помощи;
- г. бригады экстренного реагирования.**

6. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся:

- а. фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи;
- б. врачебно-сестринские бригады;**
- в. бригады специализированной медицинской помощи.

7. К формированиям службы медицины катастроф относятся:

- а. «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»;
- б. «Территориальный центр медицины катастроф» субъекта РФ;
- в. бригады специализированной медицинской помощи;**
- г. областная клиническая больница

8. Основным принципом организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС:

- а. централизация и децентрализация управления ЛЭО;
- б. максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь;**
- в. использование только стационарных многопрофильных лечебных учреждений.

9. Под этапом медицинской эвакуации понимают:

- а. лечебные учреждения для оказания пораженным амбулаторной медицинской помощи;
- б. медицинские учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема пораженных, медицинской сортировки, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации;**
- в. перевалочные транспортные базы, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для погрузки и транспортировки пораженных

10. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС принята:

- а. двухэтапная система ЛЭО;**
- б. трехэтапная система ЛЭО;
- в. четырехэтапная система ЛЭО;
- г. одноэтапная система ЛЭО.

11. «Сокращение» объема того или иного вида медицинской помощи возможно:

- а. при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению;**
- б. при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств;
- в. при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших.
- г. все вышеперечисленное верно.

12. Объем первой врачебной помощи при огнестрельном ранении бедра:

- а. первичная хирургическая обработка раны, протившоковая терапия;
- б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения, серопрфилактика столбняка;**
- в. обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация;
- г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:

- а. первичная хирургическая обработка, рыхлое тампонирование раны, протившоковая терапия;**
- б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения;



- в. временная остановка кровотечения, обезбоживание, транспортная иммобилизация;
- г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:

- а. повреждение легких;
- б. пневмоторакс;
- в. гемоторакс;
- г. **повреждение сердца.**

15. Для первичной хирургической обработки ран с продолжающимся кровотечением при оказании квалифицированной помощи пострадавших направляют:

- а. в операционную;
- б. **в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к эвакуации.

16. Пострадавших с наложенным жгутом при оказании квалифицированной помощи направляют:

- а. в операционную;
- б. **в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к экстренной эвакуации.

17. Куда следует направить пострадавшего с огнестрельной раной бедра без повреждения магистральных сосудов в декомпенсированной обратимой фазе шока при оказании квалифицированной помощи?

- а. в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- б. в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- в. **в противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки;**
- г. в госпитальное отделение для проведения противошоковой терапии и последующей эвакуации.

18. Симптом, характерный для перелома костей таза:

- а. гематома в области промежности;
- б. крепитация в области верхней трети бедра;
- в. императивный позыв на мочеиспускание;
- г. **симптом «прилипшей пятки».**

19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:

- а. снижение синтеза ацетилхолина;
- б. **инактивация холинэстеразы;**
- в. активация холинэстеразы;
- г. повышение синтеза ацетилхолина.

20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:

- а. адреномиметическое;
- б. адренолитическое;
- в. **холиномиметическое;**
- г. холинолитическое.

21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. **прямое возбуждающее действие на холинорецепторы;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. инактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. **повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.**

23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

24. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
- б. ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);**
- в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- г. иммуностимулирующее.

25. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- б. иммунодепрессивное;**
- в. тормозят перекисное окисление липидов;
- г. уменьшают проницаемость мембран.

26. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
- б. активируют перекисное окисление липидов;**
- в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- г. иммуностимулирующее.

27. Внесинаптическое действие ФОС:

- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
- б. иммуностимулирующее;
- в. тормозят перекисное окисление липидов;
- г. повышают проницаемость мембран.**

28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:

- а. через кожу и слизистые оболочки;
- б. ингаляционно;
- в. через желудочно-кишечный тракт;
- г. при любом пути поступления.**

29. Реактиватором холинэстеразы является:

- а. атропин;
- б. метацин;
- в. унитиол;
- г. дипироксим.**

30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:

- 1. легкой степени поражения;
- 2. средней тяжести;**
- 3. тяжелой;
- 4. крайне-тяжелой.

31. К корпускулярным относятся излучения:

- а. рентгеновское, гамма-излучение;
- б. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;**
- в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;
- г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.

32. Бета-частицы ( $\beta^-$ ,  $\beta^+$ ) – это:

- а. поток нейтральных частиц с массой, равной массе протона (масса покоя 1,009 ае), обладающих большой проникающей способностью;
- б. коротковолновое электромагнитное излучение, аналогичное рентгеновским лучам, состоящее из потока элементарных частиц электрически нейтральных, не имеющих массы покоя и обладающих большой проникающей способностью в различные материалы и биологические ткани;
- в. поток электронов, имеющих отрицательный заряд -1 или положительный +1 и очень небольшую массу покоя, в 1840 раз меньше массы протона и способных проникать в биологические ткани на глубину 5-7 см;**

г. поток ядер атома гелия, состоящих из двух протонов и двух нейтронов, имеющих массу покоя 4 аем и положительный заряд +2

33. Доза гамма- или гамма-нейтронного облучения, вызывающая при кратковременном облучении ОЛБ:

- а. 1 рад;
- б. 25 рад;
- в. 100 рад;**
- г. 50 рад.

34. К плотноионизирующим излучениям относят излучения ЛПЭ (линейная передача энергии) которых составляет:

- а. > 10 МэВ/мкм;
- б. < 10 кэВ/мкм;
- в. < 10 МэВ/мкм;
- г. > 10 кэВ/мкм.**

35. I степень ожога в результате действия светового излучения характеризуется:

- а. болезненными ощущениями, гиперемией, незначительным повышением температуры тела;**
- б. резкими болезненными ощущениями, выраженной гиперемией, наличием язв и некротических изменений кожных покровов, значительным повышением температуры тела;
- в. сильными болезненными ощущениями, гиперемией, наличием пузырей на коже, повышением температуры тела;
- г. поражением не только кожи, но глубжележащих тканей.

36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:

- а. физическая, химическая, физико-химическая, стадия биологических реакций;
- б. физическая, физико-химическая, химическая, стадия биологических реакций;**
- в. стадия биологических реакций, физическая, физико-химическая, химическая;
- г. химическая, физико-химическая, физическая, стадия биологических реакций.

37. Для III стадии пострadiационных изменений костного мозга характерно:

- а. системная регенерация костного мозга;
- б. короткий abortивный подъем миелокариоцитов;**
- в. ранний некробиоз кроветворных клеток;
- г. опустошение костного мозга.

38. Ранние изменения в миокарде определяются только при облучении в дозе:

- а. 10 Гр и выше;**
- б. 5 Гр и выше;
- в. 1 Гр и выше;
- г. 30 Гр и выше.

39. Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:

- а. 10-20 Гр;
- б. 1-10 Гр;
- в. 20-80 Гр;
- г. свыше 80 Гр.**

40. Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:

- а. гемодинамическими нарушениями;**
- б. коллапсом непосредственно после облучения;
- в. признаками отека мозга;
- г. неврологическими нарушениями.

#### **Банк ситуационных клинических задач**

**Задача №1.** Во время ДТП бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень средней трети. Извлечен через 5 часов. Определяется деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача №2.** Пострадавшая находится под обрушенным перекрытием здания 4 часа. Жалуется на чувство распирания и жжения в правой руке. Под балкой находится правая рука чуть выше уровня локтя. Кожные покровы бледные, дыхание учащенное, пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача №3.** В результате автомобильной аварии нижние конечности водителя автомобиля оказались придавлены двигателем машины. В течение 4 часов освободить конечности не представлялось возможным. Кожные покровы больного бледные. Жалобы на слабость, тошноту. Пульс 100 уд в минуту. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. На передней поверхности бедер видны продольные вмятины от сдавливающих деталей двигателя.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 4.** Пострадавший доставлен через 2 часа после ранения осколком снаряда в левую подлопаточную область. Положение на носилках вынужденное - полусидя. Беспокоем. Дыхание затрудненное, поверхностное - 32 в мин. Выраженная одутловатость верхней половины туловища, шеи и головы, при пальпации определяется крепитация. Над левой половиной грудной клетки определяется тимпанит. Средостение резко смещено вправо. Губы цианотичны. Кровохарканье. Из-под сбившейся в левой подлопаточной области повязки видна рана 3х2 см, присасывания воздуха нет. Пульс 110 в мин., АД - 90/50 мм рт. ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 5.** Подорвался на mine. Доставлен через 2 часа после ранения. Сознание сохранено, стонет. Кожные покровы бледные. На лбу капли пота. Левая стопа оторвана. В нижней трети левой голени наложен кровоостанавливающий жгут, ниже которого повязка умеренно пропитанная кровью. Пульс 110 в мин, слабого наполнения. АД - 90/50 мм рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 6.** Пострадавший А доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Жалуется на общую слабость, тошноту, головную боль, жажду.

Непосредственно после взрыва возникла многократная рвота, затем потерял сознание на 20-30 мин. При осмотре заторможен, адинамичен, гиперемия лица, речь затруднена, частые позывы на рвоту. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, тоны сердца приглушены. АД – 90/60 мм рт. ст., дыхание везикулярное.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 7.** Пострадавший В доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуется на общую слабость, головокружение, тошноту. Примерно через 1 час после облучения отмечалась повторная рвота, в очаге принял внутрь 2 таблетки этаперазина. При осмотре в сознании, незначительная гиперемия лица. Пульс 94 уд/мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД – 105/70 мм рт. Ст., дыхание везикулярное. Показания индивидуального дозиметра 2,7 Гр.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 8.** Во время аварии на заводе с выбросом ТХВ с опозданием надел противогаз. Растерян, пассивен, не способен выполнить свои обязанности. На вопросы отвечает односложно. Жалуется на чувство тяжести в груди. Движения вялые, медленные.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Сонлив, безучастен, отвечает только на громкие вопросы. На лице выражение растерянности и недоумения. Зрачки узкие, саливация, чувство тяжести в груди.

**КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ.** К окружающему безразличен, на вопросы отвечает только при настойчивом их повторении. Лежит без движения, затем внезапно пытается подняться. Спросил: «Куда меня привезли?». Зрачки узкие, чувство тяжести в груди, саливация.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 9.** Находясь в зараженной ТХВ зоне, с опозданием надел противогаз. Вскоре появились беспокойство, чувство сдавления грудной клетки и нехватки воздуха, затрудненное дыхание, перешедшее в удушье. Присоединились судороги клонического и тонического характера. Рвота, понос.

**1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ.** Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Цианоз. Дыхание затрудненное с удлинённым выдохом и хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические клонические и тонические судороги. Зрачки узкие. Изо рта и носа слизистые выделения. Пульс 84 в минуту, мягкий, отмечаются нерегулярные экстрасистолы.

**КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ.** Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения изо рта и носа. Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 10. ОЧАГ.** В химическом очаге появились беспокойство, чувство нехватки воздуха, а затем удушье. Присоединились судороги, потеря сознания. В противогазе. Маска разорвана.

**1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ.** Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Резкий цианоз. Дыхание судорожное, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические тонико-клонические судороги. Зрачки сужены, изо рта обильное выделение слизи.

**КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ.** Доставлен в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Рвота, понос. Дыхание затруднено, периодически - удушье. Схваткообразные боли в животе. Кожа влажная. Зрачки узкие. Цианоз. Изо рта - обильное выделение пенистой жидкости, (пульс 68 в минуту, аритмичный, артериальное давление 85/50 мм.рт.ст.)

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

#### 5. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b> 61 – 75 76 – 90 91 – 100
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	
-91-100	
<b>Отлично (5)</b>	

#### 6. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

#### 7. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов
- пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-40	1-10	1-30
ПК	3	19-27, 29-40	6-10	18-30
	7	12-40	1-10	12-16, 18-20, 22,24-30
	1 2	1-11,16,17	1-10	1-11

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ»**

**БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

**ВОПРОС N 1. Назовите признаки, характерные для вторичного абсолютного эритроцитоза:**

- Увеличение числа эритроцитов
- Увеличение числа ретикулоцитов
- Увеличение содержания гемоглобина
- Повышение гематокрита
- Повышение вязкости крови
- Гиперплазия эритроидных элементов костного мозга
- Лимфоцитоз
- Моноцитоз

**ВОПРОС N 2. Укажите состояния, сопровождающиеся эритроцитозом, не связанным с увеличением уровня эритропоэтина в плазме крови:**

- Болезнь Вакеза-Ослера
- Горная болезнь.
- Неукротимая рвота
- Альвеолярная гиповентиляция
- Карбоксигемоглобинемия
- Тетрада Фалло

**ВОПРОС N 3. У носителей аномального гемоглобина с повышенным сродством к кислороду развивается:**

- Анемия вследствие гемолиза эритроцитов
- Эритропения
- Эритроцитоз
- Содержание эритроцитов в крови не изменяется

- Анизоцитоз, пойкилоцитоз

**ВОПРОС N 4. Назовите изменения, возникающие сразу после кровопотери:**

- **Гематокрит в норме**
- Гематокрит увеличен
- Гематокрит снижен
- Количество эритроцитов в единице объема крови снижено
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- **Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови снижено
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено**
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**

**ВОПРОС N 5. Назовите изменения, возникающие через 2-3 дня после кровопотери:**

- Гематокрит в норме
- Гематокрит увеличен
- **Гематокрит снижен**
- **Количество эритроцитов в единице объема крови снижено**
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови снижено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**
- Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов в норме

**ВОПРОС N 6. Укажите нарушения, которые лежат в основе развития талассемии**

- Нарушение синтеза порфиринов
- Дефицит железа.
- Нарушение синтеза гема
- **Нарушение синтеза цепей глобина**
- Все перечисленное верно

**ВОПРОС N 7. Перечислите признаки, характерные для альфа-талассемии**

- Анемия приобретенная
- **Анемия наследственная**
- **Анемия гипохромная**
- Анемия гиперхромная
- **Количество ретикулоцитов увеличено**
- **Селезенка увеличена**

**ВОПРОС N 8. Верно ли утверждение, что гетерозиготные носители гена гемо глобина S легче переносят тропическую малярию, чем люди с нормальным содержанием гемоглобина:**

- Да
- Нет

**ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:**

- Гемоглобинопатия S
- Гемоглобинопатия E
- **Гемоглобинопатия M**
- Гемоглобинопатия C

- Дефицит цитохром альфа-редуктазы
- Воздействие нитратов или нитритов
- Воздействие анилиновых красителей
- Воздействие сульфаниламидов

**ВОПРОС N 10. Патология, каких отделов пищеварительного тракта приводит к нарушению всасывания железа и снижению его содержания в крови?**

- Желудок
- Пищевод
- Ротовая полость
- Двенадцатиперстная кишка
- Толстая кишка
- Проксимальный отдел тонкой кишки

**ВОПРОС N 11. Перечислите клинические признаки, которые могут наблюдаться при железодефицитной анемии:**

- Слабость
- Повышенная утомляемость.
- Адинамия
- Миалгия
- Головокружение
- Глоссит
- Кариес
- Ангулярный стоматит
- Клойнихия (койлонихия)
- Снижение умственной и физической трудоспособности
- Тахикардия
- Нарушение глотания
- Гепатомегалия
- Ахлоргидрия
- Панкреатическая ахилия
- Спленоmegалия
- Извращение вкуса и запаха

**ВОПРОС N 12. Какой является железодефицитная анемия?**

- Гипохромной
- Гиперхромной
- Микроцитарной
- Макроцитарной
- Гиперрегенераторной
- Гипорегенераторной
- Мегалобластической
- Нормобластической
- Гемолитической
- Дисэритропоэтической

**ВОПРОС N 13. Высокий уровень железа в сыворотке крови характерен**

- для талассемии
- для анемии при уремии
- для железорефрактерной анемии
- для аутоиммунной гемолитической анемии

**ВОПРОС N 14. При В12~дефицитной анемии, наиболее выраженные изменения наблюдаются в следующих системах:**

- В системе пищеварения
- В нервной системе
- В мочеполовой системе
- В эндокринной системе
- В выделительной системе
- В системе крови



**ВОПРОС N 15. Перечислите основные изменения в периферической крови, характерные для В22-дефицитной анемии:**

- **Макроцитоз**
- Микроцитоз
- **Анизоцитоз**
- **Мегалоцитоз**
- **Пойкилоцитоз**
- **Базофильная пунктация эритроцитов**
- **Наличие в эритроцитах колец Кебота-Клайпа и телец Говел-Жолли.**
- Гиперсегментация нейтрофилов.
- Лейкоцитоз
- **Лейкопения**
- Тромбоцитоз
- **Тромбоцитопения**
- Эритроцитоз
- Появление в крови эритробластов.
- Появление в крови миелобластов
- Сидеробластоз
- Мишеневидные эритроциты
- **Появление в крови мегалобластов**

**ВОПРОС N 16. Назовите причины абсолютного эритроцитоза:**

- Кессонная болезнь
- **Высотная болезнь**
- Несахарный диабет
- **Хронические обструктивные заболевания легких**
- Инфаркт печени
- **Синдром Пикквика**
- Эжикоз
- Хроническая надпочечниковая недостаточность
- **Свищи между ветвями легочной артерии и легочных вен**
- **Болезнь Иценко-Кушинга**
- **Врожденная метгемоглобинемия**
- **Локальная ишемия почки (поликистоз)**
- **Внутрисердечный сброс крови справа налево**
- **Гемангиобластома**

**ВОПРОС N 17. Какой параметр необходимо использовать для дифференцировки относительных и абсолютных эритроцитозов:**

- Количество ретикулоцитов в крови
- **Массу циркулирующих эритроцитов**
- Содержание эритропоэтина

**ВОПРОС N 18. Какой фактор играет доминирующую роль в развитии анемии при раке желудка:**

- **Хроническое кровотечение**
- Гемолиз эритроцитов
- Снижение всасывания железа
- Подавление эритропоэза факторами, выделяемыми опухолевыми клетками

**ВОПРОС N 19. Для внутрисосудистого гемолиза эритроцитов характерны следующие признаки:**

- Повышение уровня прямого билирубина в сыворотке крови
- **Повышение уровня непрямого билирубина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания стеркобилиногена в кале**
- Снижение содержания стеркобилиногена в кале
- **Гемоглинурия**
- Гематурия
- Увеличение селезенки
- **Анемия**

- Эритроцитоз
- Ретикулоцитоз
- Снижение количества ретикулоцитов в крови
- Эритроидная гиперплазия костного мозга

**ВОПРОС N 20. Укажите изменения в периферической крови при анемии Минковского-Шафара:**

- Микросфероцитоз
- Цветовой показатель в норме
- Ретикулоцитоз
- Увеличено содержание непрямого билирубина
- Спленомегалия
- Понижение осмотической и кислотной резистентности эритроцитов
- Верного нет

**ВОПРОС N 21. Назовите изменения в крови, возникающие при гемоглинопатиях, обусловленных носителем гемоглинонов со сниженным средством к кислороду:**

- $P_{O_2}$  снижено
- $P_{O_2}$  повышено
- **$P_{O_2}$  в норме**
- $SO_2$  увеличено
- **$SO_2$  снижено**
- $SO_2$  в норме
- **Содержание дезоксигемоглинона повышено**
- Содержание гемоглинона снижено
- **Содержание гемоглинона в норме**

**ВОПРОС N 22. Перечислите основные критерии наличия желездефицитной анемии:**

- **Снижение цветового показателя**
- Повышение цветового показателя
- **Микроцитоз**
- Макроцитоз
- **Уменьшение количества сидеробластов в пунктате костного мозга**
- Увеличение количества сидеробластов в пунктате костного мозга
- **Уменьшение содержания железа в сыворотке крови**
- Содержание железа в сыворотке крови не изменено
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**
- Снижение железосвязывающей способности сыворотки крови
- **Снижение выделения железа с мочой**
- Увеличение выделения железа с мочой
- Увеличение содержания ферритина в сыворотке крови
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания протопорфиринов в эритроцитах**
- Снижение содержания протопорфиринов в эритроцитах

**ВОПРОС N 23. Укажите последовательность изменений, происходящих при желездефицитной анемии:**

- **Снижение содержания гемоглинона и количества эритроцитов в крови**
- **Снижение содержания ферритина в сыворотке крови и макрофагах**
- **Снижение уровня сывороточного железа**
- **Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови**

Банк ситуационных задач

**Задача №1**  
**«Патология Гемостаза»**

Больная З., 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов. Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста редко, не чаще 2-3 раз в год, отмечаются интенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций, в возрасте 12 лет, стали

отмечаться меноррагии. Девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Родители считают себя здоровыми, однако при подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовыми кровотечениями. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью тампоны. Кожные покровы бледные, многочисленные экстрavasаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище, встречаются петехии. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Слизистые полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты –  $3,1 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты –  $380 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $4,5 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 69%, э – 2%, л – 13%, м – 13%, СОЭ – 12 мм/час. Время кровотечения по Дьюку – 6 минут 30 секунд. Время свертывания по Ли-Уайту – 9 мин. Реакция кровяного сгустка: после 24 часов резко ослаблена, индекс ретракции 0,2. Агрегация тромбоцитов: под влиянием АДФ, адреналина, коллагена – ослаблена.

1. О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передается это заболевание?
2. Патогенез данного заболевания.
3. Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.
4. Виды тромбоцитопатий.
5. Принципы лечения тромбоцитопатий.

### Задача №2 «Патология Гемостаза»

Больная А., 12 лет. Основные жалобы на носовые кровотечения. Данные анамнеза: в последнее время часто болела с повышением температуры до субфебрильных цифр, снизился аппетит, отмечалась быстрая утомляемость. При поступлении состояние тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечаются незначительная кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум.

Общий анализ крови: Hb-72 г/л (N125-135 г/л), эритроциты-  $2,8 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты- 0,2% (N2,3-6,6%), тромбоциты- единичные (N-228-275  $\times 10^9$ /л), лейкоциты-  $1,3 \times 10^9$ /л (N6-  $8 \times 10^9$ /л), п/я - 1% (N1,3-2,6%), с-4% (N-53,5-61,6%), л-95% (N-27,5-38%), СОЭ- 35мм/ч (N-5-13,7мм/ч).

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, мегакарициты не найдены.

1. Какая форма патологии гемостаза у больной?
2. Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.
3. Укажите нарушения в системе гемостаза при данной патологии.
4. Укажите типы кровоточивости при геморрагических диатезах.
5. Терапия тромбоцитопений.

### Задача №3 «Патология Гемостаза»

Больной О., 5 лет, доставлен в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты –  $3,0 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты – 3%, тромбоциты –  $300 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $8,3 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 63%, э – 3%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку – 2 мин 30 сек. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. Какая фаза коагуляционного гемостаза страдает при данной патологии?

3. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.
4. Укажите лабораторные данные характерные для данной патологии.
5. Принципы терапии.

#### **Задача №4**

Больной Н. 35 лет доставлен в клинику с диагнозом: Термический ожог ША-Б степени 25%. Травма получена в быту 4 дня назад. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, отмечаются проявления энцефалопатии (больной возбужден, суетлив), температура тела 38,8<sup>0</sup>С, кожные покровы бледные, прохладные, влажные. Дыхание поверхностное с ЧДД 28 в минуту, ослаблено в нижних отделах слева. АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 118 в минуту. В анализе крови отмечается лейкоцитоз до 24\*10<sup>9</sup>/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, а также анемия и тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка повышен.

1. На основании перечисленных признаков о присоединении каких патологических синдромов можно говорить?
2. Критерии диагностики данного патологического процесса?
3. В силу каких причин произошло присоединение осложнений ожоговой болезни и усугубление тяжелого состояния пациента?

#### **Клинический случай (ИП)**

*Девочка Ш., 8 лет*, поступила в I отделение Республиканской детской инфекционной больницы города С. 23.11.12 г. с жалобами на повышение температуры тела до 40 °С в течение 2 недель, появление вялости, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: заболела остро 09.11.12 г., когда впервые температура тела повысилась до 39 °С, появились боль в горле, головная боль. Участковым врачом был поставлен диагноз: фолликулярная ангина, назначено симптоматическое лечение. Однако больная попрежнему продолжала лихорадить в пределах 39–40 °С, в связи с чем была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства с диагнозом: лихорадка неясного генеза. Получила лечение: инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, антибактериальную и симптоматическую терапию. Однако на фоне лечения сохранялась фебрильная лихорадка (38–38,5 °С), и 23.11.12 г. ребенок был переведен в Республиканскую детскую инфекционную больницу города С..

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не была. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Привита по возрасту. Реакции Манту: 2005 г. — гиперемия 12 мм, 2006 г. — гиперемия 10 мм, 2007 г. — гиперемия 10 мм, в 2008–2009 гг. — не проводились, 2010 г. — гиперемия 12 мм, 2011 г. — гиперемия 12 мм, в 2012 г. — не проводилась.

Анамнез жизни без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечены нечастые эпизоды ОРВИ.

При поступлении общее состояние больной расценено как тяжелое, обусловленное интоксикационным синдромом. Температура тела 38,2 °С, частота дыхания 28/мин, частота сердечных сокращений 100/мин.

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

Со стороны черепной иннервации без особенностей. Телосложение правильное, питание снижено. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены. Периферические лимфоузлы: пальпируются все группы, размером 0,3 ´ 0,5 см в диаметре, эластической консистенции, подвижные, безболезненные.

Кожные покровы бледные, сыпи нет. Отмечается выраженная бледность носогубного треугольника. При осмотре ротоглотки отмечалась яркая гиперемия небных дужек, задней стенки глотки, налетов на миндалинах нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно — жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформлен. Мочеиспускание свободное.

Диагноз при поступлении: лихорадка неустановленной этиологии, реконвалесцент после фолликулярной ангины.

Что касается оценки состояния как тяжелое, то оно было обусловлено не интоксикационным синдромом, основным проявлением которого была только лихорадка. Однако ее величина в пределах 38,2 °С для 8-летней девочки, при отсутствии других признаков, является не жизнеугрожающей, а скорее платой за неизвестность причины, вызвавшей такую температурную реакцию.

Лабораторное обследование представлено в табл. 1–3.

Таблица 1. Общий анализ крови в динамике

Дата	Нв	Эр.	Ц.п.	Тромб.	L	СОЗ	П.	С.	Л.	М.	Плазмат.	Эозинофилы
23.11	123	4,1	0,9		10,8	32	21	57	14	6	2	
29.11	124	4,0	0,9	245	9,7	37	7	65	20	6	2	
07.12	123	4,1	0,9		7,3	15	6	44	44	5		1
17.12	124	4,0	0,9		9,4	6	8	41	49	2		

Таблица 2. Биохимические исследования крови

Дата	Общий билирубин	Прямой	Непрямой	АЛТ	АСТ	Тимоловая проба	Мочевина	Креатинин
23.11	10	3	7	0,76	0,41	7,8	1,9	0,045
07.12	8	3	5	0,29	0,19	6,1		

Таблица 3. Оценка субпопуляции лимфоцитов в крови (%)

Показатели	У больной	Показатели у здоровых
T-лимфоциты (CD3 <sup>+</sup> CD19 <sup>-</sup> )	86,2	Дети 5–10 лет: 57–80
T-хелперы/T-индукторы (CD4 <sup>+</sup> CD8 <sup>-</sup> )	44,1	Дети 5–10 лет: 24–47
T-супрессоры/T-цитотоксические (CD4 <sup>+</sup> CD8 <sup>+</sup> )	25,5	Дети 5–10 лет: 19–47
Иммунорегуляторный индекс	1,7	Дети: 0,05–2,25
Цитотоксические клетки (CD3 <sup>+</sup> CD56 <sup>+</sup> )	12,5	3–8
NK-клетки	4,8	Дети 5–10 лет: 4–26
B-лимфоциты (CD3 <sup>-</sup> CD 19 <sup>+</sup> )		Дети 5–10 лет: 10–26
Моноциты/макрофаги (CD14)	3,3	Дети 5–10 лет: 6–13
Общий лейкоцитарный антиген (CD45)	99,7	95–100

1. Бактериоскопия крови 23.11.12 и 24.11.12 — обнаружены грамположительные кокки.

2. Биохимические исследования крови представлены в табл. 2.

Ревмопробы: повышенные показатели Среактивного белка — 16,76 мг/л (норма для детей — до 10 мг/л).

Антистрептолизин О — менее 20 МЕ/мл (норма для детей — до 150,0 МЕ/мл).

Ревматоидный фактор — менее 10 МЕ/мл (норма для детей — до 14,0 МЕ/мл).

3. Толстая капля крови на малярию 23.11.12 г. — паразиты не обнаружены.

4. Бактериологические исследования: посев крови на стерильность 23.11.12 г. — стерилен; посев крови на гемокультуру 23.11.12. г. — стерилен.

5. Посев материала из зева на флору: выделен бетагемолитический стрептококк.

6. Бактериоскопия мокроты: КСП не обнаружены.

7. ИФА крови на ВИЧ от 26.11.12 г. — антитела к ВИЧ не обнаружены. ИФА крови на цитомегаловирус, герпетические вирусы 1-го и 2-го типа обнаружил повышенный титр IgM к цитомегаловирусу — 1,8 (положительный результат — более 1,1) и к герпетическим вирусам 1-го и 2-го типа — 2,77 (положительный результат — более 1,1).

ПЦР к вирусу Эпштейна — Барр положительная.

8. Общий анализ мочи: с/ж, прозрачная, плотность 1012, эритроциты 1–2 в п/зр, лейкоциты 0–1 в п/зр.

9. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты —  $1,5 \cdot 10^6$ /л, эритроциты — 0.

10. Копроцитограмма: коричневый, оформленный, патологических примесей нет.

11. Анализ кала на яйца глистов — отрицательный.

12. Соскоб на энтеробиоз — отрицательный.

13. Посев кала на Д-группу — отрицательный.

14. Инструментальные обследования:

— R-грамма ОГК — без особенностей;

— эхокардиограмма — без патологии;

— УЗИ органов брюшной полости и почек: в паренхиме печени обнаружены гипоэхогенные очаги с максимальным размером в диаметре до 12 мм. В воротах печени — лимфоузлы диаметром 12 мм. В паренхиме селезенки гипоэхогенные очаги с максимальным размером до 12 мм в диаметре;

— КТ органов брюшной полости с в/в усилением: в селезенке на фоне паренхимы отмечается накопление контраста до 9,0 ед. Н, определяются гиподенсивные очаги плотностью около 60 ед. Н, без четких контуров, от 5 до 7 мм в диаметре, в количестве около 5.

Заключение: изменения в селезенке можно расценивать как абсцедирование.

Ребенок консультирован:

— лор-врачом: патология не выявлена;

- фтизиатром: инфицирование МБТ 5,4 Бк, что свидетельствует о наличии микобактерий туберкулеза в организме, лечения это состояние не требует, только наблюдения.
- кардиологом: данных о бактериальном эндокардите и миокардите нет;
- хирургом: данных об острой хирургической патологии нет;
- иммунологом: перенесен острый инфекционный мононуклеоз;
- гематологом: данных о лимфопролиферативном процессе нет.

**Задание:**

- 1. Поставить предварительный диагноз.**
- 2. Назначить дополнительное обследование.**
- 3. Определить (предположить) этиологию заболевания.**
- 4. Объяснить патогенез развития данного заболевания.**

**Оценка качества решения ситуационных задач**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

**12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ  
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

Банк тем рефератов для самостоятельной работы

1. Патогенез травматического шока .
2. Патогенез геморрагического шока.
3. Патогенез хронического воспаления.
4. Современные представления о гипертонической болезни.
5. Алкоголизм, патогенез соматических расстройств.
6. Общие молекулярно-клеточные механизмы развития алкоголизма и наркомании.
7. Белки острофазного ответа в диагностике послеоперационных осложнений.
8. Лейкемоидные реакции, патогенез.
9. Лейкопении врожденные, приобретенные их патогенез.
10. Агранулоцитоз, механизмы развития.
11. Раневой процесс, механизмы развития.
12. Тромбоцитопении, патогенез.
13. Механизмы развития острой почечной недостаточности.
14. Механизмы развития мочевого синдрома.
15. Метаболический синдром, этиопатогенез.
16. Иммунодефицит. Классификация, патогенез В-клеточных иммунодефицитных заболеваний.
17. Острый панкреатит, Этиопатогенез.
18. Виды дискинезий желчных путей у детей. Аномалии развития желчных путей.
19. Желчекаменная болезнь. Этиопатогенез.
20. Цирроз печени, его стадии, показания к оперативному лечению
21. Острый живот у детей (аппендицит, перитонит, инвагинация кишки, спаечная болезнь).
22. Мочекаменная болезнь. Гемолитико-уремический синдром.
23. Дефект фагоцитоза, механизмы развития.
24. Геморрагический синдром. Патогенез.

Шкала и критерии оценивания рефератов

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

-пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	
---------------------------------------	--

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

### Ситуационные задачи

#### Ситуационная задача № 1.

Больной М., 78 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивные боли за грудиной, иррадиирующими в левую руку, слабость, головокружение. При осмотре: состояние больного тяжелое, АД 90/60 мм рт.ст., Ps 115-128 уд/мин, аритмичный, в легких множественные влажные разнокалиберные хрипы, на ЭКГ признаки мерцательной аритмии, острого трансмурального передне-бокового инфаркта миокарда. В анамнезе у больного: хронический бронхит, хронический калькулезный холецистит. На протяжении 6 сут. пребывания в стационаре отмечались рецидивирующие боли за грудиной, рецидивы отека легкого. На 7-е сутки внезапно появилась резкая слабость, интенсивные боли за грудиной, больной потерял сознание. При осмотре АД и Ps не определялись, реанимационные мероприятия - без эффекта, через 30 минут - констатирована биологическая смерть.

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС. Острый трансмуральный передне-боковой инфаркт миокарда. Кардиосклероз.

Осложнения: Мерцательная аритмия. Рецидивирующий отек легких. НИ.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Данные вскрытия:

Мягкие мозговые оболочки и вещество мозга отечны, полнокровны. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной, слегка желтоватой жидкости. Легкие: мягкой консистенции, на разрезах темно-красного цвета с бледно-розовыми, повышенной воздушности участками легочной ткани в передне-верхушечных отделах, с поверхностей разрезов стекает умеренное количество темной, слегка пенистой крови, стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, в просветах - незначительное количество прозрачной слизи. В полости перикарда около 600 мл темно-красных желеподобных свертков крови и жидкой темной крови. Сердце массой 480 г, на передней поверхности сердца имеется разрыв, проникающий в полость левого желудочка, имеющее линейную форму, длиной до 1 см, с неровными, пропитанными кровью краями. Толщина передней и боковой стенок левого желудочка - 1,8 см. Задняя стенка левого желудочка истончена до 0,4 см, выбухает, на разрезах представлена белесоватой слоистой тканью на всю толщу стенки. Миокард передне-перегородочной области левого желудочка резко дряблый, желто-серого цвета с очаговыми кровоизлияниями темно-вишневого цвета, в области передней стенки - разрыв. Венечные артерии: на интима множество атеросклеротических бляшек, до 1/2-2/3 стенозирующих просвет артерий, в просвете межжелудочковой ветви левой венечной артерии - темно-красный, плотный сверток крови, полностью обтурирующий просвет артерии. На интима аорты множественные атеросклеротические бляшки с явлениями атероматоза и кальциноза. Печень: плотноватая, на разрезах ткань с рисунком типа мускатного ореха. Желчный пузырь: в просвете 6 плотных, темно-зеленых камней, стенка мягкая, толщиной до 0,7 см, на слизистой - желтоватые, шероховатые наложения. Почки: консистенция плотная, поверхность мелкозернистая, ткань на разрезах вишнево-синюшного цвета, граница между слоями выражена четко. Селезенка 380 г, плотная, на разрезах ткань темно-вишневого цвета, в соскобе - незначительное количество темной крови и пульпы.

#### Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите возможные осложнения острого инфаркта миокарда.

#### Ситуационная задача № 2.

Больная К., 56 лет, утром чувствовала себя удовлетворительно. В середине дня стала жаловаться на зубную боль, правая щека распухла. Вечером обратилась к стоматологу поликлиники, был удален верхний 6-й зуб справа. После экстракции зуба больная ушла домой. В 3 часа ночи КСП доставлена в отделение лицевой хирургии с распухшей правой половиной лица и шеи, с температурой 40,1оС. К утру отечные ткани щеки и шеи обрели бескровно-синий оттенок, к вечеру - почти черный цвет, появился резко неприятный гнилостный запах. Анализ крови - умеренный лейкоцитоз, анализ мочи - протеинурия. Через 1,5 суток больная умерла.

Клинический диагноз: Саркома правой верхней челюсти? Гангрена мягких тканей правой щеки.

На вскрытии: Гнойный остеомиелит верхней челюсти. Множественные мелкие гнойники в легких, миокарде, почках, печени. Селезенка увеличена в 4 раза, дряблая, дает обильный соскоб. При бактериологическом исследовании крови из сердца обнаружен стафилококк.

#### **Вопросы**

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите клинико-морфологические формы смертельного осложнения.

#### **Ситуационная задача № 3.**

Больная Х., 63 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с умеренным количеством вязкой, прозрачной мокроты, отеки нижних конечностей. В отделении прогрессировали явления тотальной сердечной недостаточности. За несколько часов до смерти стала резко нарастать дыхательная недостаточность, больная посинела, гемодинамика - с тенденцией к гипотонии, впоследствии - снижении АД до 0, исчезновение пульса, потеря сознания, расширение зрачков. Реанимационные мероприятия - без эффекта.

Клинический диагноз: Рак нижней доли левого легкого. Правосторонняя бронхопневмония. Пневмосклероз. Фиброзно-очаговый туберкулез легких. ХИБС. Коронаросклероз. Недостаточность кровообращения III ст. Фибромиома матки.

На вскрытии: Диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, стенки мелких и средних бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, слизистая бронхов гиперемирована, в просветах - вязкая слизь. В левой плевральной полости - 350 мл, в правой - 420 мл прозрачной бесцветной жидкости. В полости сердечной сумки - 200 мл прозрачной бесцветной жидкости, в брюшной полости 600 мл аналогичной жидкости. Печень: плотная, поверхность мелкобугристая, на разрезах ткань мелкоузлового строения с рисунком типа мускатного ореха. Сердце: толщина стенки правого желудочка - 0,9 см (N - 0,3-0,4 см), полости правого и левого сердца резко расширены, в области передней стенки левого желудочка обширный участок серо-желтого цвета, окруженный геморрагическим венчиком, в остальных отделах миокарда - множественные мелкие участки белесоватой соединительной ткани. В просветах долевых ветвей легочной артерии - свободно лежащие и обтурирующие просвет темно-красные, червеобразные, плотные, слоистые свертки крови. В просвете правой подколенной вены - плотные, слоистые, серо-красные свертки крови. В почках - множественные полости диаметром 0,3-0,7 см, заполненные прозрачной жидкостью. В матке - множественные миоматозные узлы.

#### **Вопросы**

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

#### **Ситуационная задача №4.**

Больная С., 48 лет, доставлена в неврологическое отделение без сознания, в тяжелом состоянии, с правосторонней гемиплегией. АД 140/80 мм рт.ст. При люмбальной пункции получен ликвор, окрашенный кровью. Через сутки больная скончалась при падении сердечной деятельности.

Клинический диагноз: Ишемический инсульт в области подкорковых ядер левого полушария головного мозга. Атеросклероз аорты, сосудов головного мозга.

На вскрытии: Некоторое напряжение твердой мозговой оболочки головного мозга. Извилины мозга уплощены, борозды сглажены. Ткань мозга на разрезах полнокровная, набухшая. В области подкорковых узлов левого полушария опухоль 3x3 см, мягкая, без четких границ (гистологически - дедифференцированная астроцитома). Вокруг опухоли и в ее ткани кровоизлияние, с прорывом крови в желудочки мозга. Миокард буроватый, с мелкими прослойками соединительной ткани. Печень, селезенка, почки цианотичны, легкие - отечны.

#### **Вопросы**

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.

#### **Ситуационная задача № 5**

Больная М., 28 лет, поступила в стационар с явлениями нарастающей хронической почечной недостаточности, в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа. В последние 2 недели



периодически отмечалась рвота «кофейной гущей», черный стул, одышка, кашель, повышение температуры до 37-38оС. Через 3-е суток пребывания в стационаре больная умерла.

На вскрытии: поджелудочная железа резко уменьшена в размерах, ткань ее в хвостовой части практически полностью замещена жировой и соединительной тканью, гистологически: атрофия ткани поджелудочной железы, значительные поля соединительной и жировой ткани, значительное количество островков Лангерганса склерозировано, оставшиеся островки - с признаками гипертрофии. Почки: резко уменьшены в размерах, поверхность мелкозернистая, ткань дряловатая, на разрезах серо-розового цвета, граница между слоями не определяется. В пищеводе и желудке - явлениями эрозивно-язвенного гастроэзофагита, в легких - отек, отечная жидкость резко пахнет мочой, ткань легких плотная, серо-розовая на разрезах (гистологически - фибринозно-гнойная пневмония), головной мозг и мягкие мозговые оболочки - выраженный отек. Миокард и печень - явления белковой и жировой дистрофии.

#### Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

#### Ситуационная задача № 6

Больной Н., 42 лет поступил в стационар с жалобами на сильную головную боль, головокружение, боли в сердце, «мелькание мушек» перед глазами, отмечал кратковременную потерю сознания, повышение температуры тела до 38 оС. В течение 20 лет страдает хроническим гломерулонефритом, характерно: повышение артериального давления, белок и эритроциты в моче (периодически), отеки, в анамнезе - хронический бронхит, язва желудка. Через 3 сут больной у больного развились: правосторонний паралич, афазия, в последующем - мозговая кома и смерть больного.

На вскрытии: ткань левой височной доли обильно пропитана кровью, размягчена, в желудочка мозга - жидкая кровь. Сердце увеличено: масса до 550 г, толщина стенки левого желудочка - 2,5 см. Почки: резко уменьшены в размерах, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезах серовато-красного цвета, с легким крапом по поверхности разрезах коркового слоя (гистологически: хронический гломерулонефрит, склероз клубочков и стромы - нефросклероз). В желудке - хроническая язва вне обострения. В легких - явления хронического бронхита вне обострения, умеренно выраженный пневмосклероз, эмфизема легких.

#### Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Укажите механизм танатогенеза.

#### Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

#### Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Патологическая анатомия».

1. Задачи, методы клинической патологической анатомии.
2. Структура патолого-анатомической службы.
3. Методы патологической анатомии.
4. История развития прозекторской службы в России.
5. Организация работы и документация патологоанатомического отделения.
6. Порядок вскрытия трупов в стационарах ЛПУ. Приказ о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий.
7. Контингенты трупов лиц, подлежащих судебно-медицинскому и патолого-анатомическому вскрытию.
8. Техника патолого-анатомического вскрытия.
9. Первоначальная причина смерти.
10. Общие принципы заполнения "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» в соответствии с МКБ-10.
11. Правила оформления и выдачи "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти».
12. Порядок оформления протокола патолого-анатомического вскрытия.

13. Учение о диагнозе. Принципы построения диагноза. Принципы формулирования заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
14. Основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания – определение, место в структуре диагноза. "Вторые болезни".
15. Влияние на танатогенез осложнения основного заболевания и сопутствующих болезней.
16. Комбинированное основное заболевание: конкурирующие, сочетанные заболевания, фоновые заболевания.
17. Патолого-анатомический эпикриз.
18. Принципы клинико-морфологических сопоставлений в аспекте оценки качества прижизненной диагностики и лечения (основы патолого-анатомической экспертизы).
19. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.
20. Определение, категории и основные причины расхождений заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов.
21. Положения о клинико-анатомических конференциях, комиссии по изучению летальных исходов и лечебно-контрольной комиссии.
22. Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии. Методы взятия биоптатов.
23. Методы фиксации биопсийного и операционного материала. Правила заполнения направления на патогистологическое исследование.
24. Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию.
25. СВО, признаки. Сравнительная патоморфологическая характеристика различных форм сепсиса.
26. Морфологическая характеристика заболеваний терапевтического профиля

#### Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

##### Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1.Краткость 2.Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3.Содержательная точность, то есть научная корректность 4.Полнота раскрытия вопроса 5.Наличие образных или символических опорных компонентов 6.Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**12.2 САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»**

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 12 часов**

**Формы контроля – рефераты.**

Модуль ОПОП	Объем СР
Тема1 «Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	3
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов. Исследование биопсийного и операционного материала».	3
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	3
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	3

**Темы рефератов**

Тема1 «Задачи, методы и организация патолого-анатомической службы в РФ. Порядок назначения и отмены патологоанатомических вскрытий»	<p>1 Значение современных морфологических методов исследования.</p> <p>1. Роль патолого-анатомической службы в обеспечении качества диагностики и улучшения лечебно-диагностической работы.</p> <p>2. Повышение роли патолого-анатомических вскрытий на современном этапе развития здравоохранения.</p>
Тема2 «Болезнь, нозология. Учение о диагнозе. Структура и сличение диагнозов. Исследование биопсийного и операционного материала».	<p>1. Принципы формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов.</p> <p>2. Сличение диагнозов. Причины и категории расхождения диагнозов.</p> <p>3. Международная классификация болезней и ее применение при оформлении диагноза</p> <p>4. Современные методы изучения биоптата.</p>
Тема3. «Патология диагностики и лечения (ятрогении)».	<p>1. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Побочные эффекты лекарственной терапии.</p> <p>2. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Инструментально - диагностические ятрогении.</p> <p>3. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Хирургические и наркозно - анестезиологические ятрогении. Особенности формулировки диагноза в случаях смерти при операционном вмешательстве.</p>
Тема4. «Клинико морфологический анализ заболеваний терапевтического профиля. СВО. Сепсис».	<p>1. Патоморфоз острого инфаркта миокарда при стандартной консервативной терапии.</p> <p>2. Патологическая анатомия изменений в сердце при хронической сердечной недостаточности.</p> <p>3. Сравнительная характеристика слизистой оболочки желудка при различных вариантах хронического гастрита.</p> <p>4. Сравнительная характеристика слизистой оболочки бронхов при различных типах воспаления дыхательных путей.</p> <p>5. Структурно - функциональные изменения сердца при хронической обструктивной болезни легких.</p> <p>6. Сепсис и его формы. Патоморфологические изменения при различных формах сепсиса.</p>

**Критерии и шкала оценивания**

**1. Реферат**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	5. Грамотность

-пяти критериям  
**Отлично (5)**

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»  
Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>1. Значение фармакокинетики для выбора препаратов и определения режима их дозирования: путь введения, всасываемость, биодоступность, биоэквивалентность, связь с белками, объем распределения, метаболизм, период полувыведения, клиренс, пути и скорость выведения.</p> <p>2. Основные фармакокинетические параметры: биодоступность, период полувыведения, равновесная концентрация, клиническое значение. Терапевтический лекарственный мониторинг: его значение.</p> <p>3. Понятие о фармакодинамике. Спектр и широта терапевтического действия, терапевтический индекс.</p> <p>4. Особенности клинической фармакологии у пациентов категории риска (период новорожденности, дети, беременные и лактирующие женщины, пожилые люди, люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями).</p> <p>5. Современная номенклатура лекарственных препаратов, типы названий, примеры. Типовая фармакологическая статья: содержание, практическое значение.</p> <p>6. Оригинальные и генерические лекарственные препараты.</p> <p>7. Индукторы и ингибиторы цитохрома Р-450, значение для рационального назначения ЛС.</p> <p>8. Фармакогенетика и фармакогеномика, роль генетических факторов в развитии фармакологического ответа. Показания к фармакогенетическому тестированию.</p> <p>9. Понятие о фармакологическом (фармакокинетическом и фармакодинамическом) и фармацевтическом взаимодействии лекарственных средств. Принципы рационального комбинирования ЛС.</p> <p>10. Нежелательные лекарственные реакции. Методы их выявления, профилактика и коррекция. Зависимость НЛР от показаний, пути введения, дозы, длительности применения лекарств, возраста больных.</p> <p>11. Общие принципы оценки эффективности и безопасности применения ЛС у больных.</p> <p>12. Фармаконадзор. Выявление и регистрация НЛР. Показания для заполнения карты экстренного извещения.</p> <p>13. Алгоритм выбора рациональной фармакотерапии в нефрологии.</p> <p>14. Понятие о доказательной медицине, ее принципы, уровни доказательности, практическое значение.</p> <p>15. Клинические испытания, виды и фазы клинических испытаний. Понятие о «качественной клинической практике» (GCP).</p> <p>16. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ, использование их результатов в клинической практике.</p> <p>17. Рациональные подходы к работе с источниками медицинской информации.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>18. Механизм действия ненаркотических анальгетиков, особенности их фармакологических эффектов.</p> <p>19. Классификация НПВС в зависимости от химической структуры, длительности и селективности действия. Анальгетики - антипиретики.</p> <p>20. Препараты и особенности эффектов каждой группы НПВС. Показания к назначению ненаркотических анальгетиков.</p> <p>21. Противопоказания для применения и побочные эффекты ненаркотических анальгетиков.</p> <p>22. Механизм действия, применение, побочные эффекты наркотических анальгетиков. Принципы выбора данных средств.</p> <p>23. Выбор обезболивающих средств, режима их дозирования, способа введения в нефрологии.</p> <p>24. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций.</p> <p>25. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп.</p>

	<p>26. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов.</p> <p>27. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения.</p> <p>28. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов.</p> <p>29. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов в нефрологии. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях.</p> <p>30. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами.</p> <p>31. Понятие об эмпирической антимикробной терапии (АМТ). Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы, кратности и пути введения.</p> <p>32. Понятие об этиотропной АМТ, выбор АМП, дозы и пути введения.</p> <p>33. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности.</p> <p>34. Последствия нерационального применения АМП</p> <p>35. Классификация АМП. Основы фармакокинетики и фармакодинамики АМП, активных в отношении грамм(+)кокков и грамм(-) бактерий.</p> <p>36. Активность АМП в отношении основных возбудителей инфекций в нефрологической практике с учетом текущих тенденций антибиотикорезистентности.</p> <p>37. Общие подходы к стартовой эмпирической АМТ инфекций полости рта.</p> <p>38. Общие подходы к смене АМТ при неэффективности стартовой.</p> <p>39. Особенности АМТ у детей, беременных, пациентов с нарушениями функции почек.</p> <p>40. Общие подходы к антимикробной профилактике в нефрологии.</p> <p>41. Принципы выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови в нефрологической практике.</p> <p>42. Методы оценки эффективности и безопасности, основные методы лабораторного контроля при применении антикоагулянтов, антиагрегантов.</p> <p>43. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных лекарственных реакций антикоагулянтов, антиагрегантов.</p> <p>44. Принципы рационального выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови для профилактики тромбозов и тромбэмболий.</p> <p>45. Выбор гемостатических препаратов в нефрологии.</p> <p>46. Рациональная фармакотерапия коллапса, гипертонического криза, приступа стенокардии.</p> <p>47. Выбор препаратов в лечении судорожного синдрома.</p> <p>48. Анафилактический шок, этиология, диагностика, неотложная помощь, профилактика.</p> <p>49. Классификация противогриппозных препаратов, фармакодинамика, фармакокинетика, особенности применения, побочные эффекты. Рациональная фармакотерапия гриппа.</p> <p>50. Герпес. Классификация. Клиника. Клиническая фармакология противогерпетических препаратов. Применение в практике врача акушера-гинеколога.</p> <p>51. Вирус иммунодефицита человека. Патогенез, эпидемиология СПИДа. Классификация антиретровирусных препаратов. Особенности профилактики и лечения ВИЧ инфекции.</p> <p>52. Системные и местные противогрибковые препараты: особенности фармакокинетики и фармакодинамики, НЛР. Межлекарственные взаимодействия, выбор противогрибковых препаратов в нефрологической практике.</p> <p>53. Клиническая фармакология вакцин. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Прелицензионная стадия испытания вакцин. Постлицензионный контроль качества вакцин. Мониторинг побочного действия вакцин. Общие и местные побочные реакции вакцин. Поствакцинальные осложнения.</p> <p>54. Классификация иммунофармакологических средств. Основные фармакологические эффекты и механизм действия иммуномодуляторов микробного, растительного и синтетического происхождения, иммунорегуляторных пептидов, препаратов цитокинов и нуклеиновых кислот. Применение в практике врача-нефролога.</p> <p>55. Клиническая фармакология интерферонов и их индукторов. Основные</p>
--	---

	<p>фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Побочные эффекты. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Доказательная база применения данной группы препаратов в нефрологической практике. Общие принципы фармакотерапии болевого синдрома. Клиническая фармакология средств для местной и общей анестезии.</p> <p>56. Современные принципы и стандарты лечения болевого синдрома. Клиническая фармакология ЛС, применяемых при болевых синдромах.</p> <p>57. Боль, определение, ее защитная роль. Возможные направления купирования боли.</p>
--	---

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите предмет изучения каждого раздела клинической фармакологии.</li> <li>2. Дайте определение перечню ЖНВЛП, место в современной фармакотерапии.</li> <li>3. Перечислите методы фармакоэпидемиологического анализа.</li> <li>4. Дайте характеристику методам фармакоэкономического анализа.</li> <li>5. Дайте определение понятию фармакогенетики и фармакогеномики.</li> <li>6. Что представляют собой генетические факторы, влияющие на фармакологический ответ.</li> <li>7. Что такое фармакогенетический тест и его практическое применение.</li> <li>8. Основные фармакокинетические процессы и их механизмы.</li> <li>9. Основные фармакокинетические параметры и их клиническое значение.</li> <li>10. Принципы расчета и выбора доз лекарственных средств, факторы, влияющие на выведение лекарственных средств.</li> <li>11. Методы определения лекарственных средств в биологических жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре.</li> <li>12. Особенности фармакокинетики при применении ЛП с модифицированным высвобождением, принципы выбора ЛП с модифицированным высвобождением.</li> <li>13. Представление о биоэквивалентности, ее значение для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора.</li> <li>14. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов).</li> <li>15. Дайте определение понятия фармакодинамика.</li> <li>16. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом.</li> <li>17. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры.</li> <li>18. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите примеры.</li> <li>19. Дайте определение понятия взаимодействие ЛС.</li> <li>20. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия.</li> <li>21. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры.</li> <li>22. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры.</li> <li>23. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры.</li> <li>24. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры.</li> <li>25. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция.</li> <li>26. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры.</li> <li>27. Укажите факторы риска развития НЛР.</li> <li>28. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР.</li> <li>29. Показания и правила заполнения карты экстренного извещения о развившейся НЛР.</li> </ol>
---	---

**Б 1.Б.6.2** Раздел  
2 «Частные вопросы  
клинической  
фармакологии»

30. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности.
31. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии.
32. КФ НПВС. Основные фармакодинамические эффекты, особенности фармакокинетики, показания, противопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции, профилактика развития, контроль безопасности.
33. Правила назначения и выбор НПВС, варианты фармакодинамической терапии.
34. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков, показания, побочные эффекты и их профилактика.
35. Классификация химиотерапевтических средств. Антибиотики. Механизмы действия антибиотиков. Понятие о бактерицидном и бактериостатическом действии. Понятие об основных и резервных антибиотиках. Осложнения при антибиотикотерапии, профилактика, лечение.
36. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности.
37. Бета-лактамы антибиотиков. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия.
38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами  $\beta$ -лактамаз, показания к применению.
39. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия.
40. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз.
41. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
42. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
43. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
44. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом.
45. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
46. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.
47. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
48. Противогерпетические препараты, классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.
49. Противогрибковые препараты системного действия: классификация, показания к применению, побочные эффекты, межлекарственные взаимодействия.
50. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.
51. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.
52. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в нефрологии.
53. Специфические антитоксические препараты при передозировке препаратов, влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР.
54. Алгоритм оказания помощи при тромбоэмболиях различных локализаций.
55. Антигистаминные препараты: классификация, показания к назначению. Побочные эффекты.
56. Значимые патогены для инфекции полости рта, выбор

	<p>эмпирической терапии.</p> <p>57. Клиническая фармакология гипотензивных средств: классификация, механизм действия, показания к применению, выбор препаратов.</p> <p>58. Препараты, влияющие на афферентное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p> <p>59. Местноанестезирующие средства. Виды местной анестезии (терминальная, инфильтрационная, проводниковая). Классификация местноанестезирующих средств по особенностям их применения и действия. Механизмы местноанестезирующего эффекта.</p> <p>60. Препараты, воздействующие на центральное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p>
--	---

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<p align="center"><b>Б 1.Б.6.1</b> «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>1. <u>Областью изучения клинической фармакологии являются:</u></p> <p><b>А) Фармакокинетика и фармакодинамика у здорового и больного человека.</b></p> <p>В) Фармакокинетика и фармакодинамика у больного человека.</p> <p>С) Фармакокинетика и фармакодинамика у интактных животных и в условиях экспериментальных моделей заболевания.</p> <p>Д) Клинические испытания лекарственных средств.</p> <p>2. <u>Основной целью фармакоэкономического анализа является:</u></p> <p>А) Выбор наиболее дешевого вида терапии.</p> <p><b>В) Выбор оптимального вида терапии в отношении стоимости и результата.</b></p> <p>С) Выбор наиболее эффективного вида терапии.</p> <p>Д) Получение максимальной прибыли от продажи лекарств.</p> <p>3. <u>Лекарственная форма это:</u></p> <p><b>А) Придаваемое лекарственному средству удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.</b></p> <p>В) Лекарственное средство в виде определённой лекарственной формы.</p> <p>С) Фармакологическое средство, разрешённое соответствующим органом страны в установленном порядке для применения с целью лечения, профилактики и диагностики заболеваний у человека или животного.</p> <p>4. <u>К методам фармакоэкономического анализа не относятся:</u></p> <p>А) Метод затраты-эффективность.</p> <p><b>В) Метод затраты-прибыль.</b></p> <p>С) Метод затраты-полезность.</p> <p>Д) Метод затраты-выгода</p> <p>5. <u>Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что :</u></p> <p>А) Изучает влияние носительства отдельных аллелей на фармакологический ответ больного.</p> <p>В) Изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.</p> <p>С) Для внедрения в практику требует ДНК-чипов.</p> <p>Д) Не требует изучения генотипа больного.</p> <p>6. <u>В основе генетических особенностей пациентов, влияющих на фармакологический ответ, чаще всего лежит:</u></p> <p><b>А) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеров.</b></p> <p><b>В) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих молекулы-мишени.</b></p> <p>С) Хромосомные aberrации.</p> <p>Д) Хромосомные транслокации.</p> <p>7. <u>Клиническое значение для индивидуализации фармакотерапии имеют исследования генетического полиморфизма:</u></p>
---	---



- A) **CYP2D6.**
- B) CYP3A4
- C) **CYP2C9**
- D) **CYP2C19**

8. Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом :

- A) Иммуноферментного анализа.
- B) Иммунофлюоресцентного анализа.
- C) **ПЦР.**
- D) Высокоэффективной жидкостной хроматографии.

9. У носителей (гомозиготных или гетерозиготных) полиморфного маркера CYP2C9\*3 активность изофермента цитохрома P450 2C9:

- A) Высокая
- B) Нормальная
- C) **Низкая**

10. Биодоступность ЛС это:

- A) Доля препарата, попавшая в кровоток при внесосудистом введении, к его количеству после внутривенного введения.
- B) **Часть дозы ЛС, поступившая в системный кровоток из места введения.**
- C) Доля испытуемого генерического препарата, попавшая в кровоток из места введения по отношению к оригинальному препарату сравнения.

11. Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:

- A) Для сохранения максимально допустимой концентрации в плазме крови.
- B) Для постепенного достижения равновесной концентрации препарата.
- C) Для уменьшения риска развития побочных эффектов препарата.
- D) **Для быстрого достижения равновесной концентрации препарата.**

12. При фармакокинетическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:

- A) всасывание;
- B) распределение;
- C) метаболизм (биотрансформация);
- D) выведение;
- E) **все вышеперечисленные.**

13. При фармакодинамическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:

- A) всасывание;
- B) распределение;
- C) метаболизм (биотрансформация);
- D) выведение;
- E) **механизм действия.**

14. Не всасывающиеся комплексные соединения образуют с препаратами кальция, магния, железа, цинка, висмута следующие лекарственные средства:

- A) макролиды;
- B) фторхинолоны;
- C) тетрациклины;
- D) **все вышеперечисленные.**

15. Межлекарственного взаимодействия при всасывании, развивающегося по механизму образования не всасывающихся соединений, можно полностью избежать при назначении лекарственных средств с

интервалом в:

- A) 30 мин;
- B) 1 час;
- C) 2 ч и более;**
- D) избежать нельзя.

16. Всасывание лекарственных средств, метаболизирующихся под действием нормальной микрофлоры кишечника, при их совместном применении с антибиотиками:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

17. Всасывание лекарственных средств, при их совместном применении препаратами, повышающими моторику ЖКТ:

- A) угнетается;**
- B) усиливается;
- C) не изменяется.

18. Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-P при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-P:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

19. Метаболизм лекарственного средства, являющегося субстратом определенного фермента биотрансформации, при их совместном применении с препаратами-ингибиторами:

- A) угнетается;**
- B) усиливается;
- C) не изменяется.

20. Выведение лекарственных средств, являющихся слабыми кислотами, при их совместном применении с препаратами, повышающими рН мочи:

- A) угнетается;
- B) усиливается;**
- C) не изменяется.

21. При одновременном применении с молоком угнетается всасывание, вследствие образования не всасывающихся хелатных соединений следующих лекарственных средств:

- A) пенициллины;
- B) тетрациклины;
- C) фторхинолоны;
- D) макролиды;
- д) правильно B и C.**

22. Агонисты рецепторов это:

- A) Вещества, прямо возбуждающие или повышающие функциональную активность рецепторов.**
- B) Вещества, препятствующие действию специфических стимуляторов, или блокирующие рецептор.
- C) Вещества, которые вызывают развитие неспецифического эффекта.
- D) Вещества, которые изменяют величину эффекта, вызванного другими препаратами.

23. Антагонизм не является конкурентным, если:

- A) Вещества конкурируют с агонистами за одни и те же специфические рецепторы.
- B) Вещества препятствуют действию специфических стимуляторов или блокируют рецептор.
- C) Вещества имеют отличные от агонистов места**

	<p><b>связывания с рецепторами.</b></p> <p>D) Вещества вызывают эффекты, которые конкурируют с эффектами других препаратов.</p> <p>24. <u>Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u></p> <p>A) типа А;  В типа В;  <b>С) типа С;</b>  D) типа D;  E) типа E</p> <p>25. <u>Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:</u></p> <p>A) пожилой возраст;  B) тяжелое состояние больного;  C) одновременное назначение нескольких лекарственных средств;  D) генетическая предрасположенность;  <b>E) все вышеперечисленное</b></p> <p>26. <u>К серьезным относятся нежелательные лекарственные реакции:</u></p> <p>A) приводящие к смерти;  B) требующие госпитализации или ее продления;  C) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности);  D) приводящие стойкому снижению трудоспособности;  <b>E) все вышеперечисленное верно.</b></p> <p>27. <u>Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u></p> <p>A) типа А;  <b>B) типа В;</b>  C) типа С;  D) типа D;  E) типа E.</p> <p>28. <u>Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:</u></p> <p>A) комплаенсом;  <b>B) фармаконадзором;</b>  C) фармакоэпидемиологией;  D) фармакоинспекцией.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>29. <u>Выберите НПВС с наименьшей противовоспалительной активностью:</u></p> <p>a) диклофенак;  b) индометацин;  c) целекоксиб;  <b>d) ибупрофен;</b></p> <p>30. <u>Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:</u></p> <p>a) аспирин;  b) лорноксикам;  <b>c) целекоксиб;</b>  d) индометацин;</p> <p>31. <u>При проведении пульс-терапии более предпочтителен:</u></p> <p>A) преднизолон  <b>B) метилпреднизолон</b>  C) дексаметазон  A) Гидрокортизон</p> <p>32. <u>Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:</u></p>

- A) **аспирин;**
- B) нимесулид;
- C) целекоксиб;
- D) лорноксикам;

33. Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:

- a) через 2 суток;
- b) через 5-7 суток;
- c) через 7-10 суток;
- d) через 10-14 суток;**

34. Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:

- A) преднизон
- B) бетаметазон**
- C) беклометазона дипропионат
- D) метилпреднизолон

35. Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:

- A) циклооксигеназа**
- B) фосфодиэстераза
- C) 5-липоксигеназа
- D) фосфолипаза A2

36. Обязательным условием назначения альтернирующей терапии системными глюкокортикостероидами является:

- A) отсутствие эффекта от ежедневного назначения глюкокортикостероидов
- B) неэффективность пульс-терапии
- C) стабилизация общего состояния больного**
- D) декомпенсированное состояние больного

37. Системные глюкокортикостероиды проявляют иммуносупрессивный эффект и воздействуют на:

- A) Т-лимфоциты
- B) В-лимфоциты
- C) преимущественно на Т-лимфоциты, в высоких дозах - на В-лимфоциты**
- D) преимущественно на В-лимфоциты, в высоких дозах - на Т-лимфоциты

38. Заместительная терапия подразумевает применение природных глюкокортикостероидов:

- A) 2/3 дозы утром и 1/3 дозы вечером**
- B) 1/3 дозы утром и 2/3 вечером
- C) однократно утром
- D) 3 раза в день в равных дозах

39. Противовоспалительная и менералокортикоидная активность данного препарата приняты за «единицу»:

- A) Преднизолон.
- B) Метилпреднизолон.
- C) Дексаметазон.
- D) Гидрокортизон.**

40. К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов не относят:

- A) Вторичная надпочечниковая недостаточность.
- B) Истончение кожи, образование стрий.
- C) Остеопороз, асептические некрозы костей.
- D) Учащение и утяжеление инфекций.
- E) Артериальная гипотензия.**

F) Задержка роста у детей.

41. При выборе антимикробных препаратов для лечения инфекционного заболевания необходимо учитывать:

- A) Этиологию заболевания (или предположение о его этиологии)
- B) Данные о чувствительности к препарату возбудителей инфекционного заболевания (или прогнозируемой чувствительности)
- C) Характеристики пациента
- D) **Все вышеуказанное**

42. Оценка эффективности антимикробной терапии, как правило, проводится через:

- A) 24 часа
- B) **3 дня**
- C) 7 дней

43. Перекрестная аллергия на цефалоспорины у пациентов с гиперчувствительностью немедленного типа на пенициллин отмечается в:

- A) **5-10% случаев**
- B) 20-30% случаев
- C) в > 50% случаев

44. Антибиотики в малых дозах (выберите ПРАВИЛЬНОЕ утверждение):

- A) обладают иммуностимулирующим действием
- B) это способ профилактики осложнений при вирусных инфекциях
- C) **способствуют развитию резистентности бактерий**

45. Самолечене антибиотиками

- A) Возможно
- B) Рационально, если ранее применялось при таких же симптомах
- C) **Недопустимо**

46. Главная причина озабоченности Всемирной Организации Здравоохранения массовым и бесконтрольным применением антибиотиков обосновывается тем, что

- A) это приводит к стремительному росту количества бактерий, устойчивых к антибиотикам
- B) имеется существенный риск того, что антибиотики, уничтожив большинство «вредных» бактерий, примутся за бактерии «полезные»
- C) **возникает неоправданная финансовая нагрузка на общественное здравоохранение**

47. Бета-лактамы, обладающие наибольшей активностью в отношении синегнойной палочки:

- A) Ампициллин.
- B) Оксациллин.
- C) Цефтриаксон.
- D) Амоксициллина клавуланат
- E) **Цефеперзон.**
- F) **Меропенем.**

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

- A) **осельтамивир**
- B) ганцикловир
- C) идосуридин
- D) азидотимидин

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

- A) **ритонавир**
- B) арбидол
- C) диданозин
- D) ламивудин

50. Определить рекомбинантный интерферон:

- A) ферон
- B) реаферон**
- C) виллферон
- D) Эгиферон

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

- A) 75-160 мг/сут.
- B) 500-1000 мг/сут.
- C) 160-325 мг/сут.**

52. Антикоагулянты прямого действия:

- A) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- B) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов**

**свёртывания крови.**

- D) Растворяют фибриновый тромб.

53. Антикоагулянты непрямого действия:

- A) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов

свёртывания крови.

- D) Растворяют фибриновый тромб.

54. Наиболее чувствительны к инаktivации комплексом

гепарин/антитромбин III факторы:

- A) Па, Ха.**
- B) Па, IXa.
- C) Ха, IXa.
- D) XIa, XIIa.

55. Эффективным методом борьбы с развившимся кровотечением на фоне терапии непрямыми антикоагулянтами является:

- A) Свежезамороженная плазма.
- B) Викасол.
- C) Протамин сульфат.**
- D) Аминокапроновая кислота.

56. Контролируемый параметр терапии антикоагулянтами непрямого действия:

- A) Международное нормализационное отношение (МНО).**
- B) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
- C) Время свёртывания крови.
- D) Протромбиновый индекс (ПТИ).

57. Фибринолитические средства:

- A) Растворяют фибриновый тромб.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

58. Обозначьте АМП, действующий на пенициллинрезистентные и метициллинрезистентные штаммы микроорганизмов:

- A) ванкомицин**
- B) пиперациллин
- C) кларитромицин
- D) цефтриаксон

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

- A) пefлоксацин
- B) линкомицин
- C) ровамицин**
- D) гентамицин
- E) доксициклин

60. Укажите АМП, обладающий наибольшей активностью в отношении синегной палочки, при этом свободно проходящий через гематоэнцефалический

барьер:

- A) ципрофлоксацин
- B) меропенем**
- C) цефтриаксон
- D) ванкомицин

61. Укажите противовирусный препарат, обладающих этиотропной противовирусной активностью из представленных:

- A) рекомбинантные  $\alpha/\gamma$  интерфероны
- B) кагоцел
- C) ингавирин**
- D) циклоферон

62. При герпесе, вызванном вирусом простого герпеса, показан:

- A) арбидол
- B) озельтамивир
- C) фамцикловир**
- D) ингавирин

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

- A) меньшей токсичностью
- B) лучшей биодоступностью**
- C) более широким спектром антивирусного действия

64. При беременности противопоказан:

- A) амоксициллин
- B) дорипенем
- C) цефтаролин
- D) моксифлоксацин**

65. Активный препарат против атипичных возбудителей (хламидии, микоплазмы, легионеллы):

- A) Азитромицин**
- B) левомецетин
- C) имипенем
- D) амоксициллин-клавулат

66. Какой эффект бензодиазепинов связан с их воздействием на мозго-специфические бензодиазепиновые рецепторы?

- A) гипнотический
- B) анксиолитический**
- C) вегетотропный
- D) противосудорожный
- E) миорелаксирующий

67. Какие побочные эффекты антидепрессантов обусловлены их холинолитической активностью?

- |                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| 1. потливость              | A. верно 1, 2, 3        |
| 2. сердцебиение            | B. верно 1, 4, 5        |
| 3. сухость во рту          | <b>C. верно 3, 4, 5</b> |
| 4. нарушение аккомодации   | D. верно 1, 2, 5        |
| 5. задержка мочеиспускания | E. верно 2, 3, 4        |

68. Для купирования эпилептических судорог можно применить внутривенное и/или внутримышечное введение следующих препаратов:

- A) аминофиллин
- D) верапамил
- C) омепразол
- D) диазепам**
- E) все ответы правильные

	<p>69. <u>Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зубов:</u></p> <p>A) <b>местное</b>          B) общее (наркоз)          C) комбинированное          D) нейрорептоанальгезия</p> <p>70. <u>Общим обезболиванием является:</u></p> <p>A) вагосимпатическая блокада          B) спинальная анестезия          C) стволовая анестезия          D) <b>внутривенный наркоз</b></p> <p>71. <u>При общем обезболивании происходит:</u></p> <p>A) <b>обратимое торможение нервной ЦНС</b>          B) необратимое торможение ЦНС          C) блокада основного нервного ствола          D) возбуждение ЦНС</p> <p>72. <u>Местным осложнением при обезболивании в челюстно-лицевой хирургии является:</u></p> <p>A) обморок          B) <b>контрактура нижней челюсти</b>          C) анафилактический шок          D) коллапс</p> <p>73. <u>Общим осложнением при обезболивании является:</u></p> <p>A) контрактура          B) <b>коллапс</b>          C) некроз          D) гематома</p> <p>74. <u>Непосредственным осложнением местной анестезии является:</u></p> <p>A) <b>обморок</b>          B) гематома          C) контрактура          D) кровотечение          E) пародонтит</p> <p>75. <u>При передозировке адреналина больному необходимо ввести:</u></p> <p>A) внутривенно 1 мл мезатона          B) внутримышечно 1 мл норадреналин          C) внутримышечно метамезон          D) <b>внутривенно 1 мл атропина</b></p>
--	--

**Критерии и шкала оценивания по оценочному средству**

**8. Тест**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b>	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
- 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b>	
-91-100 <b>Отлично (5)</b>	

**9. Контрольная работа**

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала



<b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
---	---

#### 10. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Клиническая фармакология»**

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам.
	Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования
<b>УК-1</b>	1-28;41-47	1-29;35,36	1-17;31-38
<b>К</b>	<b>П</b> 2	1,25,26	1,2,18
	7	1 - 75	1-60
	9	1- 28	1-17, 42,44,45,47,49, 54-55

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»**

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<b>Б 1.Б.6.</b>	<b>Дерматовенерология.</b>
<b>Б 1.Б.6.1</b>	<b>Раздел 1: «Дерматология»</b>
<b>Б 1.Б.6.1.1</b> «Общая дерматовенерология»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Строение дермы.</li> <li>2. Строение эпидермиса. Роль кератинизации.</li> <li>3. Защитная функция кожи (механическая, химическая, синтетическая, иммунная, терморегуляторная, дыхательная, рецепторная).</li> <li>4. Полиморфизм сыпи ( истинный и ложный. Различия, клинические примеры.)</li> <li>5. Патология придатков кожи (волосы, ногти, сальные, потовые железы).</li> <li>6. Гистопатология кератинизации в эпидермисе.</li> <li>7. Методы диагностики болезней кожи.</li> <li>8. Папула и бугорок. Характеристика. Общее и различия. Клинические примеры.</li> <li>9. Узел и бугорок. Характеристика. Общее и различия. Клинические примеры.</li> <li>10. Пятна, разновидности.. Характеристика. При каких заболеваниях встречаются.</li> <li>11. Волдырь, механизм формирования, эволюция. Клинические примеры.</li> <li>12. Полостные морфологические элементы.</li> <li>13. Строение подкожно - жировой клетчатки, роль в организме.</li> <li>14. Пузырь, пузырьрёк. Характеристика. Различия. Клинические примеры.</li> <li>15. Гнойничок. Характеристика. Исходы. Клинические примеры.</li> <li>16. Вторичные элементы. Корки, чешуйки. Характеристика</li> <li>17. Вторичные элементы. Вегетации, лишенификации.Характеристика.</li> <li>18. Вторичные элементы. Трещины, эксфолиации. Характеристика.</li> <li>19. Вторичные элементы. Рубцы, рубцовая атрофия. Характеристика.</li> <li>20. Принципы топической терапии дерматологической патологии.</li> <li>21. Лабораторная диагностика кожных заболеваний.</li> <li>22. Глубокие пролиферативные первичные элементы.</li> </ol>
<b>Б 1.Б.6.1.2</b> «Хронические дерматозы»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клиническая диагностика и клиническая характеристика псориаза.</li> <li>2. Токсикодермия. Токсический эпидермонекролиз Лайелла. Клиника, диагностика, лечение.</li> <li>3. Понятие об атопии. Международные клинико-лабораторные критерии диагностики атопического дерматита.</li> <li>4. Экзема. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение.</li> <li>5. Принципы лечения акне.</li> <li>6. Склеродермия. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение.</li> <li>7. Красная волчанка. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение.</li> <li>8. Болезнь Лайма. Эпидемиология .Клиника .Лечение.</li> <li>9. Алопеции. Патогенез. Клиника. Диагностика, лечение.</li> <li>10. Многоформная экссудативная эритема. Патогенез. Клиника. Лечение.</li> <li>11. Дерматоз Дюринга. Патогенез. Клиника. Лечение.</li> <li>12. Красный плоский лишай. Патогенез. Клиника. Лечение.</li> <li>13. Розацеа. Патогенез. Стадии болезни. Клиника. Лечение.</li> </ol>

<p><b>Б 1.Б.6.1.3</b></p> <p>«Инфекционные дерматозы»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кератомикозы и псевдомикозы.</li> <li>2. Педикулёз. Эпидемиология. Клиника. Лечение.</li> <li>3. Принципы лечения хронических пиодермий.</li> <li>4. Крапивница. Патогенез. Клинические формы. Лечение.</li> <li>5. Акантолитическая пузырчатка .Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Лечение.</li> <li>6. Простой и аллергический дерматиты. Патогенез. Клиника. Лечение.</li> <li>7. Онихомикозы. Эпидемиология . Клинические формы Диагностика. Принципы лечения.</li> <li>8. Микозы стоп. Эпидемиология . Клинические формы Диагностика. Принципы лечения.</li> <li>9. Опоясывающий лишай. Этиопатогенез. Клиническая картина. Лечение.</li> <li>10. Простой герпес. Эпидемиология. Клиника. Лечение.Чесотка. Эпидемиология. Клиника. Лечение.</li> </ol>
<p><b>Б 1. Б. 6.2</b></p>	<p><b>Раздел 2: «Венерология»</b></p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Этиология и эпидемиология сифилиса.</li> <li>2. Первичный период сифилиса. Критерии диагностики .Атипичные формы твердого шанкра.</li> <li>3. Дифференциальный диагноз первичной сифиломы (мягкий шанкр, шанкриформная пиодермия, острые язвы вульвы Чапина-Липшутса).</li> <li>4. Клинические проявления вторичного сифилиса. Виды папулезного сифилида. Виды пустулезного сифилида.</li> <li>5. Критерии диагностики вторичного сифилиса.</li> <li>6. Иммуногенез сифилиса (реинфекция, суперинфекция).</li> <li>7. Лабораторная диагностика сифилиса.</li> <li>8. Дифференциальная диагностика сифилиса и ложных позитивных серологических реакций при беременности.</li> <li>9. Третичный сифилис. Патогенез. Клиника. Диагностика. Виды бугоркового сифилида. Виды гуммозного сифилида.</li> <li>10. Нейросифилис. Клинические формы. Течение. Прогноз</li> <li>11. Виды лечения при сифилисе (специфическое, превентивное, пробное, профилактическое).</li> <li>12. Скрытый период сифилиса. Дифференциальный диагноз с ложноположительными реакциями.</li> <li>13. Врожденный сифилис(ранний и поздний). Клиника. Диагностика.</li> <li>14. Бактериальный вагиноз. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.</li> <li>15. Урогенитальные ИППП (гонорея, трихомониаз, хламидиоз). Особенности клиники. Диагностика. Лечение. Принципы лечения урогенитальных ИППП.</li> </ol>

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<b>Б 1.Б.6.</b>	<b>Дерматовенерология.</b>
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Методика осмотра, опроса дерматовенерологического больного и оформление истории болезни.</li><li>2. Вспомогательные клинические исследования в дерматологии (дермографизм, псориатическая триада, диаскопия, симптом Никольского, проба Ядассона, симптом Унны).</li><li>3. Исследование тактильной, болевой, тепловой и холодовой чувствительности.</li><li>4. Курация дерматовенерологических больных.</li><li>5. Описание локального статуса.</li><li>6. Составление плана обследования больного.</li><li>7. Лабораторные критерии диагностики (микроскопия, гистология, гистохимия, биохимия).</li><li>8. Методика применения наружных лекарственных средств.</li><li>9. Освоение применения различных форм наружных лекарственных средств, в зависимости от характера, локализации воспалительного процесса.</li><li>10. Применение примочки при остром, экссудативном воспалении кожи.</li><li>11. Исследования отделяемого на бледную терапию.</li><li>12. Постановкой серологических реакций.</li><li>13. Методика лабораторной диагностики урогенитальных инфекций.</li><li>14. Забор отделяемого материала, приготовление мазков, нативных препаратов для исследования при урогенитальных инфекциях.</li><li>15. Микроскопическое исследование урогенитальных инфекций.</li><li>16. Культуральный метод исследования диагностики урогенитальных заболеваний.</li></ol>

**Банк тестовых заданий (с ответами):**

<b>Б 1.Б 6</b>	<b>Дерматовенерология</b>
<b>Б 1.Б 6.1</b>	<b>Раздел 1: «Дерматология»</b>
<b>Б 1.Б.6.1.1</b> «Общая дерматовенерология»	<p>01. Гипоаллергенная диета может назначаться больным</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) псориазом</li><li>б) акантолитической пузырчаткой</li><li>в) склеродермией</li><li>г) <b>экземой, атопическим дерматитом</b></li></ul> <p>02. Лечебное питание больных дерматозом Дюринга предусматривает:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) <b>исключение из рациона продуктов, приготовленных из злаков</b></li><li>б) ограничение углеводов</li><li>в) ограничение белков</li><li>г) ограничение поваренной соли</li></ul> <p>03. Вторичный элемент, появлению которого не предшествует первичный элемент:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) лихенификация</li><li>б) <b>эксфолиация</b></li><li>в) вегетация</li><li>г) трещина</li></ul> <p>04. Специфическое гипосенсибилизирующее действие оказывают препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) глюкокортикоиды</li><li>б) <b>антигистаминные препараты</b></li><li>в) препараты кальция</li><li>г) тиосульфата натрия</li></ul> <p>05. Показанием к применению цитостатиков является:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) <b>тяжёлые формы псориаза</b></li><li>б) тяжёлое течение экземы</li><li>в) тяжёлое течение атопического дерматита</li><li>г) диффузная склеродермия</li></ul> <p>06. Лечебное питание больных себореей и вульгарными угрями:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) гипоаллергенная диета</li><li>б) бессолевая диета</li><li>в) безглютеновая диета</li><li>г) <b>ограничение углеводов, животных жиров, исключение острых блюд</b></li></ul> <p>07. Начало лечения иглорефлексотерапией при хронических заболеваниях кожи проводится</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) в период обострения</li><li>б) в любой период течения заболевания</li><li>в) <b>в период частичной или полной ремиссии</b></li><li>г) на усмотрение врача</li></ul>

08. Строение эккринных потовых желез зависит
- а) от локализации
  - б) от размеров
  - в) от возраста**
  - г) от пола
09. Вегетация - это
- а) разрастание сосочкового и сетчатого слоёв дермы
  - б) разрастание сосочкового слоя дермы**
  - в) разрастание сосочкового слоя дермы и эпидермиса
  - г) разрастание всех слоёв кожи
10. Первичный элемент, залегающий в подкожной жировой клетчатке:
- а) бугорок
  - б) волдырь
  - в) узел**
  - г) папула
11. Гиперкератоз - это утолщение
- а) рогового слоя**
  - б) базального слоя
  - в) шиповидного слоя
  - г) зернистого слоя
12. С гиперсекрецией сальных желез связано развитие
- а) себорейного псориаза
  - б) вульгарных угрей**
  - в) себорейной акантолитической пузырьчатки
  - г) дискоидной красной волчанки
13. Сухость кожи является постоянным признаком
- а) псориаза
  - б) ихтиоза**
  - в) токсикодермии
  - г) генерализованного кандидоза
14. Акантоз - это
- а) пролиферация рогового слоя
  - б) пролиферация зернистого слоя
  - в) пролиферация базального слоя
  - г) пролиферация шиповатого слоя**
15. К осложнениям, наблюдающимся при наружном применении глюкокортикоидных средств, относятся
- а) атрофия кожи, пиодермии**
  - б) лихенификация
  - в) келоидные рубцы
  - г) обильное шелушение

16. При образовании волдыря возникает:
- а) инфильтрация дермы
  - б) отёк сосочкового слоя дермы и эпидермиса**
  - в) пролиферация эпидермиса
  - г) инфильтрация всех слоёв кожи
17. Атрофия кожи - это
- а) уплощение сосочкового слоя
  - б) истончение сетчатого слоя
  - в) истончение дермы и эпидермиса**
  - г) уменьшение количества сосудов дермы
18. Спонгиоз - это
- а) межклеточный отёк эпидермиса и дермы**
  - б) разрушение межклеточных связей в шиповатом слое
  - в) разрушение связи между эпидермисом и дермой
  - г) инфильтрация дермы и пролиферация эпидермиса
19. Вторичным элементом, появляющимся после нарушения целостности только эпидермиса, является
- а) эрозия**
  - б) язва
  - в) лихенификация
  - г) рубец
20. Дискератоз - это
- а) нарушение ороговения отдельных клеток или группы клеток**
  - б) усиление ороговения эпидермиса
  - в) отсутствие ороговения в эпидермисе
  - г) любое отклонение от нормального ороговения
21. Акантолиз - это
- а) разрушение межклеточных связей в шиповатом слое**
  - б) разрушение связи между эпидермисом и дермой
  - в) нарушение ороговения эпидермиса
  - г) межклеточный отёк эпидермиса и дермы
22. Гранулёз - это утолщение
- а) шиповидного слоя
  - б) зернистого слоя**
  - в) базального слоя
  - г) рогового слоя
23. Шелушение при паракератозе преимущественно
- а) пластинчатое**
  - б) муковидное
  - в) отрубевидное
  - г) отсутствует
24. Зуд является постоянным признаком
- а) склеродермии**

**б) атопического дерматита**

- в) псориаза
- г) вульгарных угрей

25. Острое экссудативное воспаление дермы:

- а) эритема, отёк, микровезикулы**
- б) эритема, пигментация, шелушение
- в) эритема, лихенификация, трещины
- г) эритема, папулы, эскориации

26. К первичным экссудативным бесполостным морфологическим элементам относится:

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

27. В процессе эволюции бугорка возникает

- а) лихенификация
- б) обильное шелушение
- в) рубец или рубцовая атрофия**
- г) стойкая пигментация

28. Многослойный плоский эпителий слизистой оболочки полости рта характеризуется отсутствием

- а) рогового слоя**
- б) базального слоя
- в) зернистого слоя
- г) шиповидного слоя

29. Гипертрофия дермы характеризуется увеличением

- а) количества сосудов
- б) количества желез
- в) количества волокнистых субстанций
- г) всех компонентов дермы**

30. Вегетация может формироваться в процессе эволюции

- а) папулы**
- б) пятна
- в) узла
- г) бугорка

31. Противопоказаниями для лечения антимикотиками является:

- а) заболевания опорно-двигательного аппарата
- б) недостаточность кровообращения
- в) недостаточность функции печени и почек**
- г) заболевания органов дыхания

32. Лихенификация - это

- а) инфильтрация дермы
- б) пролиферация эпидермиса**



**в) инфильтрация дермы и пролиферация эпидермиса**

г) атрофические процессы в коже

33. Первичный морфологический элемент, характерный для крапивницы:

а) пятно

б) бугорок

в) везикула

**г) волдырь**

34. Функциональная активность апокринных потовых желез связана

а) с физической активностью

б) с национальностью

**в) с возрастом**

г) с полом

35. Меланоциты располагаются

**а) в базальном слое эпидермиса**

б) в сосочковом слое дермы

в) в любом слое эпидермиса

г) в сетчатом слое дермы

36. Апокринные железы по строению являются:

**а) трубчатыми**

б) альвеолярными

в) смешанного строения

г) строение зависит от локализации железы

37. Показанием к применению иммуностимулирующих препаратов является:

а) аллергический контактный дерматит

б) герпетиформный дерматоз Дюринга

**в) хронические пиодермии**

г) диссеминированная красная волчанка

38. Глюкокортикоидные средства для наружного применения оказывают

а) противозудное действие

б) кератолитическое действие

**в) противовоспалительное действие**

г) кератопластическое действие

39. Сальные железы по строению являются

а) трубчатыми

**б) альвеолярными**

в) зависит от локализации

г) зависит от возраста

40. Абсолютным противопоказанием к назначению УФО является

а) псориаз

- б) красная волчанка**
- в) вульгарные угри
- г) красный плоский лишай

41. В состав эпидермиса входит:

- а) сосочковый слой
- б) сетчатый слой
- в) блестящий слой**
- г) сосудистый слой

42. Придатками кожи являются:

- а) сосуды
- б) пигментные клетки
- в) мышцы
- г) ногти**

43. Наружное лечение при остром экссудативном воспалении, проявляющимся мокнутием:

- а) влажно-высыхающая повязка с водным антисептическим раствором
- б) глюкокортикоидные мази
- в) холодная примочка с водным антисептическим раствором**
- г) присыпка мелкодисперсным антисептическим порошком

44. В базальном слое имеют место:

- а) фибробласты
- б) тучные клетки
- в) клетки Лангерганса**
- г) гистиоциты

45. Основным клеточным компонентом дермы является

- а) кератиноциты
- б) меланоциты
- в) гистиоциты**
- г) липоциты

46. Себорея связана с функцией

- а) апокринных желёз
- б) сальных желёз**
- в) эккринных желёз
- г) кератинизации

47. Сетчатый слой дермы обеспечивает резистентность:

- а) механическую**
- б) противохимическую
- в) электросопротивление
- г) противолучивую

48. Физиотерапевтическое лечение рекомендуется

- а) при аллергическом контактном дерматите
- б) при акантолитической пузырчатке**

в) при доброкачественных опухолях кожи

**г) при псориазе**

49. Типичная локализация лихенификации при атопическом дерматите:

а) ладони и подошвы

б) разгибательные участки конечностей

**в) крупные складки**

г) волосистая часть головы

50. Сосочковый слой дермы обеспечивает резистентность:

а) механическую

б) противолучевую

в) противохимическую

**г) антимикробную**

51. При наружном применении веществ сенсibiliзирующего действия может возникнуть:

а) простой контактный дерматит

**б) аллергический контактный дерматит**

в) токсикодермия

г) крапивница

52. К первичным экссудативным полостным морфологическим элементам относится:

**а) пустула**

б) волдырь

в) пятно

г) папула

53. В состав дермы входит:

а) базальный слой

**б) сетчатый слой**

в) сосудистый слой

г) роговой слой

54. Обязательное назначение системных глюкокортикоидных препаратов входит в лечение:

а) псориаза

б) очаговой склеродермии

в) токсикодермии

**г) акантолитической пузырчатки**

55. Истинным полиморфизмом всегда проявляется:

**а) герпетиформный дерматоз Дюринга**

б) красный плоский лишай

в) псориаз

г) акантолитическая пузырчатка

56. Разновидностью пустулы является:

а) гидроаденит

**б) карбункул**

	<p>в) комедон  <b>г) фолликулит</b></p> <p>57. Глубина залегания фликтены:  а) в шиповатом слое эпидермиса  б) между эпидермисом и дермой  в) в сосочковом слое дермы  <b>г) под роговым слоем</b></p> <p>58. Типичная локализация вегетаций:  а) ладони и подошвы  <b>б) складки и вокруг естественных отверстий</b>  в) волосистая часть головы и лицо  г) кожа туловища</p> <p>59. Лучшая форма для наружного лечения ногтевых пластинок:  а) мазь  б) раствор  <b>в) лак</b>  г) пластырь</p> <p>60. Санаторно-курортное лечение является важным этапом в лечении:  а) красного плоского лишая  <b>б) псориаза</b>  в) склеродермии  г) токсикодермии</p>
<p><b>Б 1.Б.6.1.2</b>  «Хронические дерматозы»</p>	<p>01. В прогрессирующей стадии экссудативного псориаза рекомендуется:  а) УФО  <b>б) гепатопротекторы</b>  в) морские ванны  г) глюкокортикоидные мази</p> <p>02. Лихеноидный парапсориаз характеризуется  <b>а) лентикулярными, красновато-бурого цвета папулами, с отрубевидной чешуйкой</b>  б) лентикулярными, красновато-бурого цвета папулами, везикулами, геморрагическими пятнами  в) лентикулярными, ярко-красного цвета папулами, крупнопластинчатым шелушением  г) эритемо-сквамозными и геморрагическими пятнами</p> <p>03. В патогенезе розацеа имеет значение:  <b>а) ангионевроз</b>  б) гистаминолиберилизация  в) сухость кожи  г) непереносимость глютена</p> <p>04. Себорея способствует развитию</p>

**а) вульгарных угрей**

б) себорейной акантолитической пузырьчатки

в) псориазу волосистой части головы

г) ксантелазмы

05. Первые проявления атопического дерматита чаще всего возникают

а) с рождения

**б) в 2-3-месячном возрасте**

в) после 1 года

г) в дошкольном возрасте

06. При артропатическом псориазе целесообразно назначить

а) пенициллин и преднизолон

**б) нестероидные противовоспалительные препараты**

в) витамины группы В

г) иммуномодуляторы

07. Типичные папулы красного плоского лишая

**а) плоские, полигональные, розово-сиреневого цвета, с восковидным блеском**

б) ярко-красного цвета, с чёткими границами, различной формы

в) плоские, бледно-розового цвета, с муковидным шелушением

г) плоские, красного цвета, с пластинчатым шелушением

08. Синоним атопического дерматита в грудном возрасте:

**а) детская экзема**

б) детская крапивница

в) детская чесотка

г) нейродермит

09. При гипотиреозе развивается

а) трофические язвы

б) липоидный некробиоз

**в) претибальная микседема**

г) геморрагический васкулит

10. Телеангиэктатическая форма пигментной крапивницы обычно наблюдается

а) в детском возрасте

**б) исключительно у взрослых больных**

в) в любом возрасте с одинаковой частотой

г) в пубертатный период

11. Кольцевидная гранулема часто развивается

а) при гипертонической болезни

б) при бронхиальной астме

в) при аритмии

**г) при сахарном диабете**

12. Причина развития энтеропатического акродерматита:

**а) врожденное нарушение всасывания цинка в двенадцатиперстной кишке**

- б) ферментопатия ЖКТ
- в) склонность к дисбиозу кишечника
- г) надпочечниковая недостаточность

13. Иммунопатологические аутоиммунные процессы при акантолитической пузырчатке:

- а) повышение уровня Ig E в сыворотке
- б) появление антиядерных аутоантител
- в) отложение Ig A в области базальной мембраны и сосочкового слоя дермы
- г) отложение Ig G в области межклеточных контактов шиповатого слоя**

14. Для синдрома Нетертона характерно:

- а) отсутствие эккринных потовых желёз
- б) дистрофия волос**
- в) дистрофия ногтей
- г) кератодермия

15. Саркома Капоши при СПИДе (эпидемическая форма), в отличие от идиопатической, классической формы, характеризуется

- а) преимущественной локализацией на нижних и верхних конечностях
- б) постепенным медленным развитием и распространением элементов
- в) постепенным появлением болезненности в местах давления на подошвах
- г) локализацией на голове, шее, лице, во рту**

16. Вульгарный ихтиоз часто сочетается

- а) с атопическим дерматитом**
- б) с псориазом
- в) с экземой
- г) с вульгарными угрями

17. Атопия - это:

- а) врождённая гиперчувствительность без сенсibilизации**
- б) идиосинкразия
- в) моновалентная сенсibilизация
- д) поливалентная сенсibilизация

18. При ихтиозиформных эритродермиях необходимо назначение кортикостероидов

- а) на 2 году жизни
- б) сразу после рождения**
- в) через 2 месяца после рождения
- г) противопоказано

19. Рубцующийся пемфигоид является разновидностью:

- а) неакантолитической пузырчатки**
- б) акантолитической пузырчатки
- в) герпетиформного дерматоза Дюринга
- г) врождённого буллёзного эпидермолиза

20. Типичные пигментации при множественном нейрофиброматозе (болезни Реклингхаузена) характеризуются

- а) появлением пигментаций после инсоляций
- б) темным цветом пигментаций и обильных волос на их поверхности
- в) пигментациями с периферической депигментацией
- г) постепенным увеличением числа "кофейных" пятен (не менее 6)**

21. Невус Сеттона - это

- а) периневоидная лейкодерма (периневоидное витилиго)**
- б) анемический невус
- в) сосудистый невус
- г) голубой невус

22. В течение атопического дерматита различают

- а) сезонные стадии
- б) стадийности нет
- в) три стадии возрастной динамики эволюции**
- г) три стадии в зависимости от осложнений

23. Для врождённого буллёзного эпидермолиза характерно:

- а) выздоровление к периоду полового созревания
- б) расположение пузыря внутри эпидермиса
- в) образование пузырей в местах травмы**
- г) связь с заболеванием ЖКТ

24. Ониходистрофии часто возникают

- а) при красном волосяном лишае Девержи**
- б) при красном плоском лишае
- в) при экзематозной эритродермии
- г) при склеродермии

25. Пустулёзный псориаз Барбера

- а) отличается торпидностью к лечению**
- б) относится к тяжёлым формам
- в) характеризуется генерализованными высыпаниями
- г) сопровождается системными симптомами

26. Склередеме Бушке предшествует

- а) заболевания аллергического генеза
- б) эндокринные заболевания
- в) травмы и отравления
- г) инфекционные заболевания**

27. Атрофодермия Пазини - Пьерини характеризуется

- а) полным восстановлением всех тканей после разрешения процесса
- б) локализацией преимущественно на ладонях и подошвах
- в) эритематозными, слегка отёчными пятнами в начальной стадии, в поздней стадии атрофией**
- г) эритематозными, слегка отёчными пятнами в начальной стадии, изъязвлением и рубцеванием в поздней стадии

28. Проявления эритропоэтической протопорфирии характеризуются

- а) появлением сильного зуда, обильного шелушения после контакта с водой
- б) появлением эритемы, отёка, пузырей после инсоляции**
- в) врождённой эритродермией
- г) появлением эритемы, волдырей, сильного зуда при механическом воздействии

29. Профессиональная крапивница

- а) клиническими проявлениями не отличается от непрофессиональной**
- б) отличается от непрофессиональной клиническими проявлениями, ограниченными местным воздействием
- в) отличается клиническими проявлениями в зависимости от профессиональных факторов
- г) возникает у всех работников данной профессии

30. Иммунопатологические аутоиммунные процессы при буллёзном пемфигоиде:

- а) отложение Ig A в области базальной мембраны и сосочкового слоя дермы
- б) отложение Ig G в области межклеточных контактов шиповатого слоя
- в) отложение Ig G в области базальной мембраны и сосочкового слоя дермы**
- г) повышение уровня Ig E в сыворотке

31. Иммунологические изменения при атопическом дерматите:

- а) увеличение уровня Ig A
- б) увеличение уровня Ig B
- в) увеличение уровня Ig G
- г) увеличение уровня Ig E**

32. Клинический признак центробежной эритемы Биетта в отличии от дискоидной красной волчанки:

- а) эритема, обильное шелушение
- б) отсутствие субъективных ощущений
- в) отсутствие гиперкератоза и атрофии**
- г) отёчность и чёткость границ очагов

33. Принцип лечения синдрома Лайелла:

- а) общеукрепляющая терапия
- б) массивная антибактериальная терапия



- в) десенсибилизирующая терапия
- г) массивная кортикостероидная терапия**

34. Герпетическая экзема Капоши проявляется:

- а) папулами
- б) пузырями
- в) геморрагическими высыпаниями
- г) оспенновидными элементами**

35. Универсальным антигеном для всех больных атопическим дерматитом является:

- а) глютен
- б) кератин**
- в) молоко
- г) антибиотики

36. Для местного лечения ихтиоза рекомендуется:

- а) кортикостероидные мази
- б) 2% салициловая мазь
- в) антибактериальные мази
- г) мази с витамином А**

37. В отличие от псориаза красный плоский лишай локализуется в области:

- а) себорейных зон
- б) туловища
- в) слизистой полости рта**
- г) ладоней и подошв

38. У грудных детей дифференциальную диагностику склеродермии проводят:

- а) с преходящими отёками новорождённых
- б) со склеромикседемой
- в) со склередемой**
- г) с адипонекрозом

39. СПИД-маркерное заболевание:

- а) псориаз
- б) красный плоский лишай
- в) саркома Капоши**
- г) склеродермия

40. Норвежская чесотка

- а) представляет географическую разновидность обычной чесотки
- б) вызывается аномальной реакцией хозяина**
- в) вызывается чесоточными клещами - паразитами животных
- г) является разновидностью почесухи взрослых

41. Люпус-карцинома - это

- а) одновременное возникновение туберкулезной волчанки и рака кожи

- б) развитие туберкулезной волчанки на фоне рака кожи
- в) развитие рака кожи у больного туберкулезной волчанкой независимо от локализации обоих заболеваний
- г) развитие рака кожи на фоне туберкулезной волчанки или на рубце после туберкулезной волчанки**

42. Периоральный дерматит, помимо периоральной зоны, может локализоваться на коже

- а) туловища
- б) подбородка и шеи**
- в) ушных раковин и волосистой части головы
- г) кистей

43. К гемодермиям относится:

- а) гемосидероз
- б) геморрагический васкулит
- в) грибовидный микоз
- г) тромбоцитопеническая пурпура

44. Стадия Т-лимфомы:

- а) уртикарная
- б) пузырьная
- в) бляшечная**
- г) пустулёзная

45. Основной аутоантиген при СКВ:

- а) коллаген
- б) актин
- в) миозин
- г) ДНК**

46. Какое осложнение атопического дерматита обусловлено вирусом простого герпеса?

- а) герпетиформный дерматоз Дюринга
- б) вульгарное импетиго
- в) герпетическая экзема Капоши;**
- г) вирусный менингит.

47. К тяжёлой форме псориаза относится:

- а) пустулёзный псориаз Барбера
- б) ладонно-подошвенный псориаз
- в) псориагическая эритродермия**
- г) себорейный псориаз

48. Частое поражение кожи при сахарном диабете

- а) липоидный некробиоз**
- б) ксантомы
- в) атеромы сальных желёз
- г) гирсутизм

49. Витилиго - заболевание

- а) аутоиммунного генеза

- б) наследственного генеза**
- в) токсико-аллергического генеза
- г) инфекционного генеза

50. Для наружного лечения микотической экземы в острой форме, сопровождающейся мокнутием, целесообразно применить:

- а) противогрибковые средства
- б) холодную примочку с антисептическим водным раствором**
- в) влажно-высыхающую повязку с антисептическим водным раствором
- г) глюкокортикоидные мази

51. В патогенезе микробной экземы основополагающее значение имеет

- а) иммунодефицит
- б) микробная сенсibilизация**
- в) лекарственная сенсibilизация
- г) аутоагрессия

52. Длительное применение наружной гормональной терапии при атопическом дерматите может привести

- а) к полному выздоровлению, наиболее эффективно, без осложнений
- б) к полному прекращению зуда
- в) к атрофии кожи**
- г) к стойкой лихенификации

53. При фолликулярном дискератозе Дарье поражаются:

- а) слизистые
- б) суставы
- в) волосы (выпадение и полиозис)
- г) ногти (ониходистрофия, подногтевой гиперкератоз)**

54. Основным признаком саркомы Капоши при ВИЧ-инфекции является:

- а) развитие у лиц молодого возраста**
- б) отсутствие поражения слизистых
- в) благоприятный прогноз
- г) фокусное расположение высыпаний

55. Для стационарной стадии псориаза характерно

- а) отсутствие шелушения
- б) "псевдоатрофический" ободок Воронова**
- в) изоморфная реакция Кёбнера
- г) периферический рост элементов

56. Для розацеа характерны признаки:

- а) эритема, папулы, пустулы, телеангиэктазии на лице**
- б) эритема, папулы, везикулы на лице и на волосистой части головы
- в) эритема с чёткими границами на лице
- д) комедоны, папулы, пустулы на лице и на коже спины, груди

57. Для себорейной микробной экземы характерны признаки:

- а) локализация на ладонях и подошвах, инфильтрация, трещины
- б) локализация в себорейных зонах, полигональные папулы, лихенификация
- в) локализация на локтевых и подколенных складках, лихенификация, шелушение
- г) **локализация в себорейных зонах, эритема, папулы, везикулы, чешуекорки**

58. В отделении реанимации проводится лечение больных:

- а) сульфэритемой
- б) острой стадией экземы
- в) **синдромом Лайелла**
- г) многоформной экссудативной эритемой

59. К наследственным дерматозам с фоточувствительностью относится

- а) **световая оспа Базена**
- б) врожденный буллезный эпидермолиз
- в) доброкачественная семейная пузырчатка Хейли - Хейли
- г) фолликулярный дискератоз Дарье

60. В лечении идиопатической саркомы Капоши (ангиоретикулёз Капоши) применяется:

- а) преднизолон
- б) **проспидин**
- в) роаккутан
- г) метотрексат

61. Кольцевидная гранулема характеризуется:

- а) постоянным зудом
- б) пластинчатым шелушением
- в) оставляет рубцы
- г) **разрешается бесследно**

62. Ониходистрофии являются частым признаком

- а) красного плоского лишая
- б) экземы
- в) **псориаза**
- г) дискоидной красной волчанки

63. Атопический дерматит часто сочетается:

- а) с кератодермией
- б) с врожденным буллезным эпидермолизом
- в) **с вульгарным аутосомно-доминантным ихтиозом**
- г) с витилиго

64. LE-клетки представляют собой:

- а) патологические циркулирующие иммунные комплексы
- б) дегенеративно измененные шиповатые эпидермоциты

**в) лейкоциты, фагоцитировавшие остатки ядра поврежденных клеток**

г) акантолитические клетки

65. Красный волосяной лишай Девержи у взрослых больных имеет признак:

а) дистрофия волос

б) поражение слизистых

в) артропатия

**г) гиперкератоз ладоней и подошв**

66. Для регрессивной стадии псориаза характерно:

а) изоморфная реакция Кёбнера

б) обильное шелушение

в) отсутствие периферического роста элементов

**г) уплощение и рассасывание папул**

67. Клинический критерий диагностики дерматомиозита:

**а) симптом очков («гелиотропа»)**

б) периорбитальная сухость кожи

в) диффузная плотность кожи

г) генерализованный, мучительный зуд

68. Псориаз при СПИДе чаще протекает в виде:

а) вульгарного псориаза

б) псориатической артропатии

в) экссудативного псориаза

**г) генерализованного пустулёзного псориаза**

69. Прогрессирующая идиопатическая атрофия кожи характеризуется

а) возникновением только в глубоком старческом возрасте

б) поражение всей кожи одновременно

в) постепенное уплотнение кожи, начиная с дистальных отделов конечностей, с последующей атрофией

**г) постепенное побледнение кожи с сиреневатым или перламутровым оттенком, начиная с дистальных отделов конечностей, мелкопластинчатое шелушение, морщинистость, истончение**

70. Зуд кожи постоянный признак

а) псориаза

б) буллёзного пемфигоида Лёвера

**в) герпетического дерматоза Дюринга**

г) идиопатической саркомы Капоши (ангиоретикулёз Капоши)

71. Первые симптомы эритропоэтической уропорфирии (болезнь Гюнтера) появляются

а) у подростков

**б) в первый год жизни**

в) в любом возрасте

г) у взрослых

72. 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) реакция прямой иммунофлюоресценции кожи беременной женщины с обнаружением Ig G, к базальной мембране
- г) повышение уровня Ig A

73. При каком буллёзном дерматозе у больных нередко одновременно обнаруживается повышенная чувствительность к глютену?

- а) герпес беременных
- б) герпетиформный дерматоз Дюринга**
- в) врождённый буллёзный эпидермолиз
- г) акантолитическая пузырчатка

74. Акантолиз с высоким расположением внутриэпидермальных пузырей в зернистом слое в биоптате кожи обнаруживается

- а) при герпесе беременных
- б) при листовидной форме акантолитической пузырчатке**
- в) при врождённом буллёзном эпидермолизе
- г) при буллёзном пемфигоиде Левера

75. Причиной фотоиндуцированной лекарственной токсикодермии может быть

- а) аспирин
- б) тетрациклин**
- в) преднизолон
- г) плаквенил

76. Исходом поражения мышц при дерматомиозите может быть

- а) мышечная атрофия**
- б) гипертрофия
- в) амилоидоз
- г) рубцовая атрофия

77. Поражение кожи при системной склеродермии

- а) имеет диффузный характер, является постоянным признаком**
- б) имеет ограниченный характер, преимущественно на туловище
- в) имеет ограниченный характер, преимущественно дистальные отделы конечностей
- г) кожа не поражается

78. Локализация фолликулярного гиперкератоза:

- а) лицо

- б) волосистая часть головы
- в) разгибательные поверхности конечностей**
- г) сгибательные поверхности конечностей

79. Иммунопатологические аутоиммунные процессы при герпетиформном дерматозе Дюринга:

- а) повышение уровня Ig E в сыворотке
- б) появление антиядерных аутоантител
- в) отложение Ig A в области базальной мембраны и сосочкового слоя дермы**
- г) отложение Ig G в области межклеточных контактов шиповатого слоя

80. Абсолютные признаки атопического дерматита:

- а) характерная морфология и локализация высыпаний**
- б) белый дермографизм
- в) симптом Дени-Моргана
- г) частые кожные инфекции

81. При СПИДе клиническая картина себорейного дерматита характеризуется:

- а) эритематозными, шелушащимися пятнами в области лица
- б) корками желтоватого цвета на волосистой части головы
- в) сильно зудящими, сливающимися эритематозными бляшками**
- г) все элементы с геморрагическим компонентом

82. Универсальное распространение себорейного дерматита при ВИЧ-инфекции свидетельствует о

- а) патологии желудочно-кишечного тракта
- б) выраженной иммуносупрессии**
- в) присоединении грибковой флоры
- г) хорошем прогнозе течения ВИЧ-инфекции

83. Для кератоакантомы характерно:

- а) быстрый рост, центральный распад, изъязвление
- б) быстрый рост, без распада, воспаление
- в) быстрый рост, отторжение распадающихся масс, с одновременным уплощением опухоли**
- г) медленный, прогрессирующий рост, отсутствие воспаления, атрофия

84. Склерема – это

- а) переходное состояние в период новорожденности
- б) своеобразная форма отёка кожи и подкожной жировой клетчатки, сопровождающийся её заметным уплотнением**
- в) уплотнение кожи вследствие гипертермии в период новорожденности
- г) уплотнение кожи и развитие пузырей в складках

85. Адипонекроз новорожденных характеризуется:

- а) на коже и слизистых оболочках инфильтративные и эрозивно-язвенные поражения

- б) в области живота, головы язвенно-некротические поражения
- в) в подкожно-жировой клетчатке отграниченные плотные инфильтраты**
- г) утолщения и усиленная складчатость ладоней и подошв

86. 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 конъюнктивита и блефарита

87. Клиническими проявлениями при Т-лимфоме, в опухолевой стадии (грибовидный микоз) является:
- а) эритематозно-сквамозные пятна, сильный зуд
  - б) волдыри, пузыри, папулы, сильный зуд
  - в) опухолевидно-узловатые образования с язвенным распадом**
  - г) мучительный (биопсирующий) зуд, глубокие эскориации, линейные рубцы

88. Лечение склеремы и склередемы новорожденных:
- а) инфузионная терапия, системные кортикостероиды, плазмаферез
  - б) кювез, теплые ванны, поглаживающий массаж, аевит**
  - в) кювез, сухое тепло, системные кортикостероиды на длительный срок
  - г) инфузионная терапия, массаж, витаминотерапия

89. При лечении метотрексатом больных псориазом желательно применять:
- а) ретиноиды
  - б) сульфаниламиды
  - в) нестероидные противовоспалительные средства
  - г) гепатопротекторы**

90. При длительном применении пенициллина для лечения больных склеродермией возможны побочные явления:
- а) токсикодермия**
  - б) усиление индурации кожи
  - в) образование келоидов
  - г) пиодермии

91. Основой патогенеза пигментной ксеродермы является
- а) нарушение репарации ДНК**
  - б) нарушение порфиринового обмена
  - в) повышение активности коллагеназы
  - г) недостаточность фермента арисульфатазы

92. Клинический признак дискоидной красной волчанки:
- а) эритема, отёк, уплотнение, склерозирование
  - б) эритема, инфильтрация, гиперкератоз, атрофия**



- в) инфильтрация, депигментация, шелушение,
- г) инфильтрация, гиперкератоз, трещины, шелушения

93. Для всех вариантов ихтиоза характерно гистологическое изменение эпидермиса

- а) паракератоз
- б) гранулёз
- в) акантолиз
- г) **гиперкератоз**

94. Клинический признак узловой эритемы:

- а) **воспалительные, болезненные узлы, преимущественно на нижних конечностях**
- б) невоспалительные узлы, любой локализации
- в) воспалительные, болезненные узлы, с изъязвлением, преимущественно на нижних конечностях
- г) невоспалительные, пигментированные, безболезненные узлы любой локализации

95. Признак очаговой алопеции в прогрессивной стадии:

- а) перекрученные волосы
- б) диффузное поредение волос
- в) **наличие зоны расшатанных волос вокруг очага облысения**
- г) дистрофия волос

96. Для местного лечения врождённого буллёзного эпидермолиза применяются

- а) противовирусные средства
- б) **регенерирующие средства**
- в) противогрибковые средства
- г) кортикостероидные мази

97. Самой тяжёлой формой лекарственной токсикодермии является

- а) узловатая эритема
- б) **синдром Лайелла**
- в) синдром Стивенса-Джонсона
- г) крапивница

98. Патогенетическим механизмом старческой и кортикостероидной пурпуры является

- а) тромбоцитопения
- б) увеличенное внутрисосудистое давление
- в) нарушение свертывания крови
- г) **ломкость сосудов**

99. Для системной склеродермии характерно:

- а) **диффузное уплотнение кожи**
- б) уплотнение кожи по ходу нервно-сосудистого пучка
- в) эритродермия
- г) атрофия кожи

100. При геморрагическом васкулите наиболее характерны кровоизлияния
- а) в слизистую оболочку рта
  - б) в слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта**
  - в) в конъюнктиву глаз
  - г) кровоизлияния в слизистые оболочки не характерны
101. Причина «воспаменения» высыпаний у ребенка с мастоцитозом при приёме некоторых лекарств
- а) либераторное действие на тучные клетки**
  - б) высокая токсичность
  - в) дисбактериоз
  - г) аллергические реакции
102. Какие лекарства нельзя назначать детям с мастоцитозом, так как они способствуют образованию пузырей
- а) кодеин от кашля, седативная микстура с кодеином**
  - б) витамины группы В
  - в) антигистаминные препараты
  - г) препараты кальция
103. При каком заболевании ребенку грудного возраста показано назначение системных синтетических ретиноидов:
- а) псориаз
  - б) атопический дерматит
  - в) врожденный ихтиоз**
  - г) врожденный буллезный эпидермолиз, дистрофическая форма
104. Стафилококковый синдром обожженной кожи связан
- а) с термическим ожогом, осложненным вторичным инфицированием
  - б) со стафилококковой инфекцией в органах дыхания**
  - в) с приемом антибиотиков
  - г) с химическим ожогом, осложненным вторичным инфицированием
105. При герпетиформной экземе Капоши пузырьки и пустулы с пупковидным вдавлением появляются сначала и в основном
- а) на ладонях и подошвах
  - б) на лице и тыле кистей**
  - в) по ходу ветвей нервов
  - г) на гениталиях
106. Герпетиформная экзема Капоши связана
- а) с аллергическими реакциями
  - б) с вирусом герпеса I типа**
  - в) с вирусом гепатита А и В
  - г) со стрептококковой инфекцией

107. Пигментная крапивница у детей представляет собой

- а) одну из форм мастоцитоза**
- б) детскую почесуху
- в) форму атопического дерматита
- г) холинергическую крапивницу

108. Комплекс изменений лица, включающих эктропион, экслабион, монголоидный разрез глаз, врожденную деформацию ушных раковин, характерен

- а) для врожденного ихтиоза**
- б) для атопического дерматита
- в) для ангидротической эктодермальной дисплазии
- г) для пигментной ксеродермы

109. Пигментно-сосочковая дистрофия кожи (чернеющий акантоз) у детей связана

- а) с генетическими факторами**
- б) с Т - клеточной лимфомой
- в) с В - клеточной лимфомой
- г) с эндокринными заболеваниями

110. Гормональный криз новорожденных связан

- а) с врожденными эндокринными заболеваниями
- б) с высоким уровнем фетоплацентарных гормонов в крови новорожденного**
- в) с преждевременным половым созреванием
- г) с применением глюкокортикостероидных гормонов

111. Анализ родословной у больных атопическим дерматитом необходим для того, чтобы

- а) исключить предполагаемый диагноз атопического дерматита, если среди родственников не выявлены аналогичные больные
- б) определить генетический прогноз, риск наследственной отягощенности у потомства**
- в) определить клиническую форму и характер течения атопического дерматита
- г) определить клинический прогноз выздоровления

112. Часто встречающийся признак "атопического лица"

- а) макрохейлит
- б) инфраорбитальная складка нижнего века**
- в) телиангиэктазии
- г) экзофтальм

113. Разрежение бровей или исчезновение их на отдельных участках может быть

- а) при атопическом дерматите**
- б) при себорейном псориазе
- в) при себорейной микробной экземе
- г) при конглобатных угрях

114. При какой форме акантолитической пузырчатки не

поражается слизистая полость рта:

- а) эксфолиативная**
- б) вульгарная
- в) себорейная
- г) вегетирующая

115. Профилактика злокачественных опухолей кожи включает:

- а) лечение предраковых заболеваний**
- б) исключение поваренной соли
- в) безглютеновая диета
- г) санаторно-курортное лечение

116. Состояние при склереме новорожденных характеризуется:

- а) тяжелым общим состоянием, повышением температуры, интоксикацией
- б) тяжелым общим состоянием, понижением температуры, замедлением дыхания**
- в) состоянием средней тяжести, тахикардией, возбуждением
- г) удовлетворительным состоянием, замедлением дыхания, брадикардией

117. Красный плоский лишай у детей и подростков имеет особенности:

- а) наряду с типичной клиникой, атрофии, фиброз, пойкилодермия
- б) постепенное развитие клинических проявлений, постоянный, мучительный зуд
- в) поражение кожи головы
- г) острое начало, подострое течение, часто недомогания в начале заболевания, незначительный зуд или его отсутствие**

118. Какие бытовые мероприятия следует рекомендовать для ребенка с диагнозом ангидротической эктодермальной дисплазии?

- а) согревание ребенка
- б) частую термометрию тела и воздуха в помещении, охлаждение**
- в) горячую пищу
- г) интенсивные физические упражнения для закаливания

119. Атопический дерматит отличается от ограниченного нейродермита (лишая Видаля) следующими признаками:

- а) полиморфизмом первичных элементов**
- б) наличием лихенификации
- в) наличием дисхромии
- г) интенсивностью зуда

120. К тяжёлому осложнению атопического дерматита у детей относится:

- а) синдром Иценко - Кушинга
- б) нефропатия
- в) атопическая ювенильная катаракта**
- г) астигматизм

121. Особенности течения псориаза в грудном возрасте:

- а) преимущественно ограниченные формы
- б) экссудативный характер**
- в) поражение слизистых оболочек
- г) артропатия

122. Для аутосомно-доминантного вульгарного ихтиоза характерно:

- а) повышенная складчатость ладоней**
- б) оттопыренные уши
- в) гипертелоризм
- г) большой рот

123. При синдроме Нетертона характерно шелушение

- а) крупнопластинчатое
- б) отрубевидное
- в) переменное**
- г) ламеллярное

124. Для буллезной формы ихтиозиформной эритродермии характерно:

- а) аутосомно-доминантное наследование**
- б) аутосомно-рецессивное наследование
- в) сцепленное с X-хромосомой
- г) полигенное наследование

125. При простом врожденном буллезном эпидермолизе

- а) аутосомно-доминантное наследование**
- б) аутосомно-рецессивное наследование
- в) сцепленное с X-хромосомой
- г) полигенное наследование

126. Длительность аллергического контактного дерматита:

- а) не более 2-х месяцев**
- б) не более 6 месяцев
- в) не более 1 года
- г) несколько лет

127. Синдром Лайелла является разновидностью:

- а) экзематозной эритродермии
- б) многоформной экссудативной эритемы
- в) токсикодермии**
- г) атопического дерматита

128. Клинические отличия экземы от аллергического контактного дерматита:

- а) зуд
- б) хроническое воспаление**
- в) микровезикулы, мокнутие
- г) обильное шелушение

129. Обострение красного плоского лишая чаще возникают под влиянием:

- а) пищевых аллергенов
- б) сезонных факторов
- в) нервного напряжения**
- г) чрезмерной инсоляции

130. Наиболее типичное поражение ногтей пластинок при псориазе:

- а) по типу «симптома напёрстка»**
- б) ногти не поражаются
- в) дисхромия
- г) атрофия

131. Наиболее распространенная теория возникновения акантолитической пузырьчатки:

- а) инфекционно-вирусная
- б) паразитарная
- в) наследственная энтеропатия
- г) аутоиммунные нарушения**

132. Акантолитические клетки - это:

- а) эозинофильные лейкоциты в содержимом пузырей
- б) дегенеративные шиповатые клетки эпидермиса**
- в) измененные лейкоциты сыворотки крови
- г) базальные клетки эпидермиса

133. Слизистые оболочки при герпетиформном дерматозе Дюринга поражаются:

- а) всегда
- б) редко
- в) никогда не поражаются**
- г) часто

134. Признак активности процесса при склеродермии:

- а) выраженная плотность очага
- б) центр бляшки имеет цвет слоновой кости
- в) атрофия инфильтрата
- г) сиреневое кольцо по периферии**

135. Частое осложнение атопического дерматита:

- а) артропатия
- б) трансформация в злокачественные новообразования
- в) невралгия
- г) присоединение вторичной инфекции**

136. Атопическим заболеванием является:

- а) **почесуха**
- б) экзема
- в) токсикодермия
- г) синдром Лайелла

137. Принцип лечения атопического дерматита:

- а) **коррекция функций ЖКТ и нервной системы**
- б) антибиотикотерапия
- в) седативная терапия
- г) системные кортикостероиды

138. Клиническими особенностями атопического дерматита раннего детского возраста являются:

- а) хронический характер поражения, лихенификация
- б) преимущественная локализация высыпаний в складках
- в) **острый характер поражения с экссудативными явлениями**
- г) чёткая связь обострения с состоянием нервной системы

139. В патогенезе псориаза принимает участие:

- а) гистаминолиберация
- б) **повышенная митотическая активность базальных клеток**
- в) гиперчувствительность немедленного типа
- г) гиперчувствительность замедленного типа

140. Лечение хронической крапивницы включает:

- а) **лечение заболеваний ЖКТ**
- б) цитостатики
- в) кортикостероиды
- г) топические стероиды

141. Детская почесуха по-другому называется:

- а) **строфулюс**
- б) диатез
- в) экссудативная почесуха
- г) конституциональная экзема

142. Абсолютный признак атопического дерматита:

- а) **мучительный зуд**
- б) инфраорбитальные складки Моргана
- в) стойкий белый дермографизм
- г) высокий уровень иммуноглобулина Е

143. Белый дермографизм является:

- а) абсолютным признаком атопического дерматита
- б) **относительным признаком атопического дерматита**
- в) признаком обострения атопического дерматита
- г) проявлением феномена Кебнера

144. Для нейродерматозов характерным соматическим расстройством является:

- а) гипертоническая болезнь
- б) дисбиоз кишечника**
- в) сахарный диабет
- г) панкреатит

145. Частым осложнением кортикостероидной терапии при лечении акантолитической пузырчатки является:

- а) синдром Иценко-Кушинга**
- б) синдром Рейно
- в) кератодермия
- г) невралгия

146. Индивидуальная поддерживающая кортикостероидная терапия акантолитической пузырчатки должна применяться в течение:

- а) 1 месяца
- б) 6 месяцев
- в) всей жизни**
- г) 1 года

147. В патогенезе дерматоза Дюринга принимает участие:

- а) патология тонкого кишечника, синдром мальабсорбции**
- б) гиперчувствительность замедленного типа
- в) гиперчувствительность немедленного типа
- г) непереносимость антибиотиков

148. Особенностью герпетиформного дерматоза Дюринга у детей является:

- а) сочетанное поражение кожи и слизистых
- б) тенденция к выздоровлению в пубертатный период**
- в) отсутствие зуда
- г) мономорфные высыпания

149. К коллагенозам относится:

- а) склередема
- б) ревматизм
- в) склеродермия**
- г) склерема

150. Для системной красной волчанки характерно поражение сосудов по типу:

- а) гемосидероза
- б) узловатой эритемы
- в) индуративной эритемы Базена
- г) синдрома Рейно**



**Б 1.Б.6.1.3**  
«Инфекционные  
дерматозы»

01. Везикулопустулёз новорожденных представляет собой  
**а) перипорит, остиоперипорит, вызванные стафилококковой инфекцией**  
б) стафилококковый пемфигус  
в) остиофолликулит  
г) пузырьковый лишай
02. Какое заболевание у новорожденных связано со стафилококковой инфекцией кожи?  
а) врожденный буллезный эпидермолиз  
**б) эпидемическая пузырчатка новорожденных**  
в) сифилитическая пузырчатка  
г) буллезная форма врожденного ихтиоза
03. Стафилодермия с поражением эккринных потовых желез:  
а) фурункулёз  
**б) множественные абсцессы новорожденных**  
в) гидраденит  
г) карбункул
04. Для стрептококковых заболеваний кожи характерным является:  
**а) высокая контагиозность для детей**  
б) проникновение возбудителя через придатки кожи  
в) зависимость течения заболевания от состояния иммунной системы  
г) хроническое течение
05. Местное лечение стрептококкового импетиго:  
а) антибактериальные мази  
б) сложные спирты  
**в) спиртовые растворы анилиновых красителей**  
д) синтомициновая эмульсия
06. Стафилококковый синдром обожженной кожи дифференцируют:  
а) с синдромом Стивенса-Джонсона  
б) с акантолитической пузырчаткой  
**в) с синдромом Лайелла**  
г) с врожденным буллезным эпидермолизом
07. При хронической язвенной пиодермии применяют:  
а) стафилококковый гамма-глобулин  
**б) кортикостероиды**  
в) стафилококковый антифагин  
г) Т-активин
08. Стафилодермия грудного возраста:  
**а) эксфолиативный дерматит Риттера**  
б) щелевидное импетиго  
в) фурункулёз  
г) вульгарный сикоз
09. Разновидность бородавок:

**а) остроконечные кондиломы**

- б) широкие кондиломы
- в) контагиозный моллюск
- г) контагиозное импетиго

10. В каком возрасте происходит инфицирование вирусом простого герпеса?

**а) в первые годы жизни**

- б) в период полового созревания
- в) в пожилом возрасте
- г) в любом возрасте

11. Поливалентная герпетическая вакцина назначается больным

- а) простым герпесом в остром периоде
- б) простым герпесом в период обратного развития высыпаний
- в) рецидивирующим герпесом в период полной ремиссии**
- г) рецидивирующим герпесом в период обострения

12. Какой механизм образования полостных элементов характерен для герпеса простого и опоясывающего?

- а) вакуольная дегенерация;
- б) акантолиз;
- в) баллонирующая дегенерация;**
- г) спонгиоз.

13. Целью симптоматической терапии при герпетической инфекции является:

- а) ограничить распространение очагов инфекции и предупредить их нагноение**
- б) противорецидивное действие
- в) санировать очаг вирусной инфекции
- г) достичь иммунотерапевтического эффекта

14. Инфицирование 2 типом простого герпеса происходит при

- а) бытовом контакте
- б) половом контакте**
- в) гемотрансфузии
- г) внутриутробно

15. Типичное осложнение опоясывающего герпеса:

- а) парез
- б) паралич
- в) невралгия**
- г) анестезия

16. Специфическую иммуностимуляцию антигерпетической вакциной проводят:

- а) в период полной ремиссии**
- б) в период неполной ремиссии
- в) в период обострения
- г) в целях профилактики

17. Какие методы иммунотерапии применяются при хроническом течении вирусных дерматозов?

- а) гоновакцина
- б) производные интерферона**
- в) стафилококковый анатоксин
- г) стафилококковый антифагин

18. Самая типичная локализация остроконечных кондилом:

- а) генитальная и анальная области**
- б) складки
- в) туловище
- г) слизистая полости рта

19. Специфическая иммунотерапия при рецидивирующем герпесе:

- а) интерферон
- б) поливалентная герпетическая вакцина**
- в) пирогенал
- г) иммуноглобулин

20. Какое вирусное заболевание наиболее заразно для детей дошкольного возраста?

- а) плоские бородавки
- б) контагиозный моллюск**
- в) простой герпес
- г) остроконечные кондиломы

21. Наиболее типичная локализация для опоясывающего герпеса:

- а) слизистая полости рта
- б) наружные половые органы
- в) по ходу нервных стволов**
- г) волосистая часть головы

22. Излюбленной локализацией туберкулёзной волчанки является:

- а) слизистая полости рта
- б) крупные складки
- в) лицо и ушные раковины**
- г) туловище и конечности

23. Излюбленной локализацией колликативного туберкулёза является

- а) подчелюстные и шейные лимфатические узлы**
- б) подкрыльцовые лимфатические узлы
- в) пахово-бедренные лимфатические узлы
- г) кубитальные лимфатические узлы

24. Дифференциальная диагностика туберкулёза кожи проводится:

- а) с первичным сифилисом
- б) с вторичным сифилисом
- в) с третичным сифилисом**

г) с ранним врожденным сифилисом

25. Для туберкулёзной волчанки характерно

- а) острое течение
- б) медленно прогрессирующее течение**
- в) быстро прогрессирующее течение
- г) рецидивирующее течение

26. Локализованная форма туберкулёза кожи:

- а) лихеноидный туберкулёз
- б) индуративная эритема Базена**
- в) острый диссеминированный милиарный туберкулёз
- г) папуло-некротический туберкулёз

27. Диссеминированная форма туберкулёза кожи:

- а) туберкулёзная волчанка
- б) бородавчатый туберкулёз
- в) папуло-некротический туберкулёз**
- г) колликативный туберкулёз

28. После вскрытия узла при колликативном туберкулезе образуется

- а) эрозия
- б) язва
- в) свищевой ход**
- г) узлы не вскрываются

29. При колликативном туберкулезе рубцы:

- а) атрофичные
- б) гипертрофированные
- в) келоидные
- г) с перемычками (трабекулярные) или сосочковыми разрастаниями**

30. Поражения кожи при лепре характеризуются:

- а) острым воспалением, болью
- б) отсутствием воспаления, периодическим, сильным зудом
- в) хроническим воспалением, незначительным зудом
- г) отсутствием воспаления, анестезией**

31. Самый контагиозный тип лепры:

- а) лепраматозный**
- б) туберкулоидный
- в) недефференцированный
- г) диморфный

32. Основными препаратами при лечении лепры являются:

- а) антибиотики
- б) кортикостероиды
- в) сульфоны**

г) сульфаниламиды

33. Специфическое изменение кожи лица при лепроматозном типе лепры:

- а) дисплазия лица
- б) атопическое лицо
- в) «львиное» лицо**
- г) отёк, эритема лица

34. При гидрадените в воспалительный процесс вовлекаются

- а) апокринные потовые железы**
- б) эккринные потовые железы
- в) сальные железы
- г) волосяные фолликулы

35. При псевдофурункулёзе в воспалительный процесс вовлекаются

- а) эккринные потовые железы**
- б) апокринные потовые железы
- в) волосяные фолликулы
- г) сальные железы

36. Первичным элементом стрептодермии является:

- а) пустула
- б) бугорок
- в) вялый пузырь фликтена**
- г) геморрагическое пятно

37. Стафилококковое заболевание эккринных потовых желез на уровне эпидермиса называется:

- а) множественные абсцессы новорожденных
- б) псевдофурункулёз
- в) гидроаденит
- г) везикулопустулёз**

38. Вульгарный сикоз отличается от остиофолликулита:

- а) первичными элементами
- б) вторичными элементами
- в) хроническим течением**
- г) возрастной динамикой

39. Рожь:

- а) стрептококковая инфекция кожи и подкожной клетчатки**
- б) стафилококковая инфекция кожи и подкожной клетчатки
- в) вирусная инфекция кожи
- г) микотическая инфекция кожи

40. Рецидивирующая рожа может приводить

- а) к лимфостазу и слоновости**
- б) к склерозированию

- в) к мутиляциям
- г) к трофической язве

41. Гидраденит отличается от фурункула:

- а) отсутствием некротического стержня**
- б) отсутствием болезненности
- в) отсутствием рубца
- г) локализацией

42. Специфический иммуномодулятор:

- а) пирогенал
- б) полиоксидоний
- в) стафилококковый антифагин**
- г) тактивин

43. Для лечения фурункула в области лица применяют:

- а) хирургическое вмешательство
- б) лазерное облучение крови
- в) антибиотики широкого спектра действия**
- г) местное лечение

44. Стафилококковое импетиго характеризуется:

- а) поверхностными пустулами, пронизанными в центре волосом**
- б) множественными вялыми пузырями
- в) многочисленными глубокими пустулами и инфильтрациями
- г) эритемой с четкими границами

45. Щелевидное стрептококковое импетиго (ангулярный стоматит) локализуется:

- а) в межпальцевых складках
- б) на крупных складках
- в) на гениталиях
- г) в углах рта**

46. В стадии изъязвления фурункула используют:

- а) повязки с ихтиоловой мазью
- б) повязки с гипертоническим раствором**
- в) антибактериальную терапию
- г) иммуномодуляторы

47. При вульгарных угрях в воспалительный процесс вовлекаются:

- а) волосяные фолликулы
- б) сальные железы**
- в) эккринные потовые железы
- г) апокринные потовые железы

48. К стрепто-стафилодермиям относятся:

- а) вульгарный сикоз
- б) вульгарные угри
- в) вульгарное импетиго**

г) вульгарная эктима

49. При фурункулёзе обязательно исследование:

- а) **крови на сахар**
- б) С-реактивный белок
- в) креатинин крови
- г) крови на билирубин

50. При эпидемической пузырчатке новорождённых назначают:

- а) **антибиотики**
- б) УФО
- в) анилиновые красители
- г) ихтиол

51. Подрывающие фолликулиты Гоффмана являются:

- а) осложнением фолликулитов волосистой части головы
- б) осложнением себорейной экземы
- в) **тяжёлой формой хронической пиодермии**
- г) тяжёлой формой острой пиодермии

52. К профессиональным заболеваниям относятся:

- а) хронические фолликулиты волосистой части головы
- б) вульгарный сикоз
- в) **маслянные фолликулиты**
- г) вульгарные угри

53. Гангренозная пиодермия возникает чаще всего на фоне

- а) **хронического язвенного колита**
- б) сердечной недостаточности
- в) ревматоидного артрита
- г) хронической пневмонии

54. При стаптококковой эктимае в воспалительный процесс вовлекаются:

- а) потовые железы
- б) волосы
- в) сальные железы
- г) **кожа вне придатков**

55. Глубокая пиодермия, с поражением подкожной клетчатки:

- а) конглобатные угри
- б) вульгарная эктима
- в) вульгарный сикоз
- г) **карбункул**

56. Характерный клинический признак чесотки:

- а) милиарные и лентикулярные экскориированные папулы
- б) волдыри
- в) **милиарные парные папулы и везикулы, экскориации**
- г) эритема, пузыри, эрозии

57. Зуд при чесотке:

- а) приступобразный, ограниченный, в любое время суток
- б) постоянный, генерализованный, мучительный
- в) преимущественно ночной, ограниченный, сильный**
- г) приступобразный, генерализованный, в любое время суток

58. Самое частое осложнение чесотки:

- а) вторичное инфицирование**
- б) склерозирование
- в) стойкая пигментация
- г) стойкая депигментация

59. Преимущественный путь заражения чесоткой у взрослых:

- а) контактный прямой бытовой
- б) контактный не прямой бытовой
- в) половой**
- г) трансмиссивный

60. Особенности течения чесотки у грудных детей

- а) высыпания преимущественно в складках и на гениталиях
- б) возможное поражение слизистых оболочек
- в) возможная локализация на лице, в/ч головы, ладонях и подошвах**
- г) отсутствие зуда

61. Для поверхностной трихофитии волосистой части головы характерно:

- а) мелкие множественные очаги, в очагах поражения видимо неизмененные волосы**
- б) очаги мелкие, множественные, рубцовая алопеция
- в) диффузное выпадение волос
- г) крупные очаги, обломанные волосы

62. Ребёнок, лечившийся по поводу микроспории волосистой части головы, может посещать школу после

- а) одного отрицательного анализа
- б) второго отрицательного анализа
- в) третьего отрицательного контрольного анализа**
- г) сразу после окончания лечения

63. Локализация высыпаний при отрубевидном лишае:

- а) складки
- б) нижние конечности
- в) лицо, волосистая часть головы
- г) туловище**

64. Препараты для лечения микозов волосистой части головы:

- а) антибиотики
- б) сульфаниламиды
- в) гризеофульвин**
- г) бензилбензоат



65. Клиническая разновидность онихомикозов:

- а) депигментная
- б) гипертрофическая**
- в) язвенная
- г) эритематозная

66. Клиническая разновидность эпидермофитии стоп:

- а) сквамозная**
- б) герпетиформная
- в) пятнистая
- г) инфильтративно-нагноительная

67. Клиническая разновидность кандидоза:

- а) кандидоз волосистой части головы
- б) ладонно-подошвенный кандидоз
- в) кандидоз складок**
- г) кандидоз бороды и усов

68. Генерализованный гранулематозный кандидоз встречается у детей, страдающих:

- а) сахарным диабетом
- б) врожденным иммунодефицитом**
- в) приобретенным иммунодефицитом
- г) патологией ЖКТ

69. Источник заражения при инфильтративно-нагноительной трихофитии:

- а) крупный рогатый скот**
- б) кошки, собаки, больной человек
- в) мелкий рогатый скот
- г) птицы

70. Исход инфильтративно-нагноительной формы трихофитии:

- а) переход в хроническую «чёрноточечную» трихофитию
- б) длительное, рецидивирующее течение
- в) образование втянутых рубцов, нередко спаянных с апоневрозом**
- г) самопроизвольное бесследное разрешение

71. Клинический симптом при паразитарном сикозе:

- а) симптом «скошенного луга»
- б) симптом «яблочного желе»
- в) симптом «медовых сот»**
- г) симптом «дамского каблучка»

72. Для хронической «чёрноточечной» трихофитии характерно:

- а) болеют чаще мужчины
- б) отсутствие субъективных ощущений**
- в) склонность к генерализации
- г) острое воспаление

73. Возбудитель эритразмы:

- а) эпидермофитон
- б) коринебактерия**
- в) руброфитон
- г) микроспорум

74. Первичный элемент при отрубевидном лишае:

- а) не воспалительное пятно**
- б) везикула
- в) папула
- г) пустула

75. Источник заражения при микроспории:

- а) крупный рогатый скот
- б) мелкий рогатый скот
- в) кошки, собаки, больной человек**
- г) птицы

76. К кератомикозам относят:

- а) паразитарный сикоз
- б) простой лишай
- в) отрубевидный лишай**
- г) «стригущий лишай»

77. Поверхностная трихофития гладкой кожи характеризуется:

- а) эритематозными очагами
- б) обильным шелушением
- в) обламыванием волос на уровне поверхности кожи
- г) кольцевидными эритематозно-сквамозными очагами**

78. Хроническое течение трихофитии типично для следующей категории пациентов:

- а) мужчин
- б) женщин**
- в) детей дошкольного возраста
- г) подростков

79. К глубоким микозам относят:

- а) фавус
- б) хромомикоз**
- в) эритразма
- г) кандидоз

80. Клинический признак паховой эпидермофитии:

- а) лихенификация, трещины, шелушение
- б) эритема, отёк, микровезикулы, мокнутие
- в) эритема, везикулы, шелушение**
- г) пузыри, эрозии, корки

81. Дезинфекция обуви при лечении микоза стоп:

- а) проводится обязательно**

- б) не проводится
- в) на усмотрение врача
- г) на усмотрение пациента

82. На слизистой полости рта кандидоз проявляется:

- а) папулезными жемчужно-белыми высыпаниями
- б) гиперкератозом, лейкоплакией**
- в) творожистым белым налетом
- г) сгруппированными везикулёзными элементами

83. К факторам, способствующим развитию кандидоза кожи, относится

- а) чрезмерная инсоляция
- б) сухость кожи
- в) иммунодефицит**
- г) трение и мацерация

84. Для микроспории волосистой части головы характерно:

- а) очаги мелкие, множественные, рубцовая алопеция
- б) диффузное выпадение волос
- в) очаги крупные, выпадение волос
- г) очаги крупные, обломанные волосы**

85. Для дисгидротической формы эпидермофитии стоп характерно:

- а) эритема, везикулы, эрозии**
- б) муковидное шелушение
- в) эритема, пузыри, язвы
- г) инфильтрация, трещины

86. Для глубокой инфильтративно-нагноительной трихофитии характерно:

- а) общее недомогание, повышение температуры
- б) склонность к генерализации
- в) самопроизвольное разрешение с образованием втянутых рубцов**
- г) хроническое течение

87. К трихомикозам относится:

- а) актиномикоз
- б) эпидермофития
- в) кандидоз
- г) микроспория**

88. Основной метод лабораторной диагностики трихомикозов:

- а) микроскопия пораженных волос и чешуек кожи**
- б) иммунофлюоресценция
- в) микроскопия мазков-отпечатков с очагов поражения
- г) гистология

89. К факторам, способствующим развитию кандидоза, относится:

	<p><b>а) сахарный диабет</b>  б) эндометрит  в) хроническая пневмония  г) эндокардит</p> <p>90. Волосы обламываются высоко на 5-8 мм от уровня кожи  а) при поверхностной трихофитии  <b>б) при микроспории</b>  в) при фавусе  г) при инфильтративно-нагноительной трихофитии</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b></p>	<p><b>Раздел 2: «Венерология»</b></p>
	<p>01. При сифилитическом регионарном склерадените в патологический процесс вовлекается  а) капсула лимфатического узла  <b>б) ткань лимфатического узла</b>  в) окружающая клетчатка  г) кожа над лимфатическим узлом</p> <p>02. Шанкр-амигдалит - это  а) эрозия миндалина  б) язва миндалина  в) увеличенная гиперемированная миндалина  <b>г) увеличенная миндалина обычной окраски</b></p> <p>03. Разновидность сифилитической алопеции:  <b>а) мелкоочаговая</b>  б) диффузная  в) смешанная  г) тотальная</p> <p>04. Достоверный признак позднего врожденного сифилиса:  а) бугорковая сыпь туловища  <b>б) лабиринтная глухота</b>  в) седловидный нос  г) саблевидные голени</p> <p>05. Удлинение инкубационного периода сифилиса наблюдается  а) при сопутствующих инфекционных заболеваниях  б) при биполярном расположении твердых шанкров  <b>в) при приеме антибиотиков в течение инкубационного периода</b>  г) при продолжении половой жизни с источником заражения</p> <p>06. Шанкр-панариций - это  а) эрозия или язва на пальцах кистей  б) увеличение в объеме фаланги пальца без дефекта и без признаков воспаления  <b>в) увеличение в объеме фаланги пальца без дефекта с признаками воспаления</b>  г) острое воспаление ногтевого валика</p>

07. Основные изменения при гистологическом исследовании вторичных сифилидов:

- а) в эпидермисе
- б) в дерме**
- в) в подкожной клетчатке
- г) в мышцах

08. Клинической разновидностью бугоркового сифилида является:

- а) серпигинирующий сифилид**
- б) околоуставные узловатости
- в) сифилитическая эктима
- г) гуммозные инфильтраты

09. Наибольшее диагностическое значение в распознавании аневризмы аорты сифилитического генеза имеют следующие исследования:

- а) аускультация
- б) перкуссия
- в) рентгенография**
- г) серология

10. В "триаду Гетчисона" при позднем врожденном сифилисе входит

- а) гумма твердого неба
- б) паренхиматозный кератит**
- в) саблевидные голени
- г) "кисетообразные" зубы (моляры)

11. Патогномичным проявлением спинной сухотки является:

- а) анизокория
- б) арефлексия
- в) синдром Аргайла - Робертсона**
- г) атаксия

12. Симптомом Аргайла - Робертсона:

- а) внезапные «кинжальные» боли в области туловища
- б) нарушение функции тазовых органов
- в) сохранение реакции конвергенции глаз при отсутствии реакции зрачков на свет**
- г) быстро прогрессирующая деградация личности

13. Для сифилитической эритематозной ангины характерны

- а) резкие границы эритемы в зеве**
- б) выраженная отечность миндалин
- в) резкая болезненность
- г) высокая температура тела

14. Укорочение инкубационного периода сифилиса наблюдается

- а) при приеме антибиотиков
- б) при развитии множественных твёрдых шанкров**
- в) при биполярном расположении твёрдых шанкров

г) при местном лечении

15. Клинический признак третичного сифилиса:

- а) нумулярный сифилид
- б) розеола Фурнье**
- в) сифилитическая эктима
- г) сифилитическая рупия

16. Для спинной сухотки характерно:

- а) внезапные, сильные боли в определённых участках туловища**
- б) прогрессирующая деградация личности
- в) бред, галлюцинации
- г) агрессивное поведение

17. Сифилитическая аневризма аорты чаще всего локализуется

- а) в восходящем отделе**
- б) в дуге
- в) в нисходящем отделе грудной аорты
- г) в брюшном отделе

18. Признаки прогрессивного паралича:

- а) отсутствие рефлексов
- б) прогрессирующее слабоумие**
- в) невралгии
- г) нарушение координации

19. Исход сифилитической гуммы:

- а) бесследное исчезновение
- б) атрофия
- в) втянутый, звездчатый рубец**
- г) гипертрофический рубец

20. Сифилитическое поражение плода происходит:

- а) сразу после инфицирования
- б) на 2-ом месяце беременности
- в) на 5-ом месяце беременности**
- г) непосредственно перед родами

21. Первичная сифилома или её остатки являются:

- а) проявлением только первичного сифилиса
- б) проявлением вторичного рецидивного сифилиса
- в) проявлением только вторичного свежего сифилиса
- г) являются проявлением первичного и вторичного свежего сифилиса**

22. Особенности папул в анальной и генитальной области:

- а) отсутствие склонности к росту и слиянию
- б) частое вторичное инфицирование
- в) эрозирование, гипертрофия, слияние**
- г) выраженные субъективные ощущения

23. К вторичным сифилидам относится:

- а) бугорок
- б) гумма
- в) волдырь
- г) пустула**

24. Реакция обострения Герксгеймера - это:

- а) реакция лимфатической системы
- б) появление пустулёзных сифилидов
- в) повышение температуры и увеличение количества высыпаний после начала лечения**
- г) обострение сопутствующих заболеваний кожи и внутренних органов

25. Самое характерное свойство сифилитической розеолы:

- а) шелушение
- б) легкий зуд
- в) фокусное расположение**
- г) склонность к слиянию

26. Вторичный период сифилиса начинается:

- а) с исчезновения регионарного аденита
- б) с момента появления положительных серологических реакций
- в) с генерализованных высыпаний на коже и слизистых**
- г) с исчезновения первичной сифиломы

27. Для вторичных сифилидов характерно:

- а) локализация только на гениталиях
- б) генерализованный зуд
- в) стойкие остаточные явления
- г) истинный полиморфизм**

28. Реакция Вассермана выявляет в сыворотке больного сифилисом:

- а) комплементсвязывающие антитела**
- б) бледную трепонему в спиралевидной форме
- в) бледную трепонему в цист и L- формах
- г) иммобилизирующие антитела

29. Самая частая локализация широких кондилом:

- а) генитальная и анальная область**
- б) туловище
- в) предплечья и голени
- г) ладони и подошвы

30. Какой из симптомов имеет отношения к вторичному сифилису?

- а) симптом «дамского каблучка»
- б) симптом «медовых сот»
- в) симптом «скошенного луга»**
- г) симптом Никольского

31. Пустулы при вторичном сифилисе обусловлены:  
а) присоединением вторичной инфекции  
б) пустулёзный характер высыпаний источника заражения  
**в) распадом папулёзных инфильтратов при наличии тяжелой соматической патологии**  
г) локализацией высыпаний

32. Серологические реакции (КСР) при вторичном сифилисе положительны:  
а) всегда  
б) у половины больных  
в) у 70% больных  
**г) в 98-99%**

33. Вторичный сифилис развивается после заражения через:  
а) 2-3 недели  
б) 4-5 недель  
**в) 2-3 мес.**  
г) 8-10 мес.

34. Проявлением вторичного свежего сифилиса является:  
а) лейкодерма  
б) широкие кондиломы  
**в) лентикулярные папулы**  
г) алопеция

35. Всем вторичным сифилидам свойственно:  
**а) отсутствие признаков острого воспаления**  
б) шелушение  
в) локализация преимущественно на гениталиях  
г) острое воспаление

36. Клиническая разновидность пустулёзного сифилида:  
а) абсцедирующий  
б) генерализованный  
в) фолликулярный  
**г) опсеновидный**

37. Для вторичного свежего сифилиса характерно:  
**а) высыпания вторичного периода и остаточные явления первичного периода**  
б) широкие кондиломы  
в) крупного размера высыпания, склонные к группировке  
г) пустулы

38. Для папул вторичного сифилиса характерно:  
а) пластинчатое шелушение  
**б) шелушение по типу «воротничка Биетта»**  
в) полигональная форма  
г) пупкообразное вдавление в центре



39. Суперинфекция при вторичном сифилисе проявляется:

- а) появлением твердого шанкра
- б) появлением розеол и папул**
- в) появлением бугорков и пустул
- г) наслоением вторичной бактериальной инфекции

40. Самый типичный размер папул при вторичном сифилисе:

- а) милиарный
- б) лентикулярный**
- в) нумулярный
- г) бляшки

41. Длительность инкубационного периода сифилиса:

- а) 3-5 дней
- б) 1-1,5 года
- в) 3-4 недели**
- г) 4 - 6 мес.

42. L- форма спирохеты - это:

- а) заразительная форма
- б) сапрофитная форма, обитающая в ротовой полости
- в) форма выживания спирохеты при неблагоприятных для неё условиях**
- г) начальная стадия редупликации спирохеты

43. Основной признак атипичных твёрдых шанкров:

- а) отсутствие эрозии или язвы**
- б) экстрагенитальная локализация
- в) островоспалительные явления
- г) поверхность шанкра находится ниже уровня кожи

44. Причина появления множественных твёрдых шанкров:

- а) выраженный иммунодефицит
- б) применение антибиотиков в инкубационном периоде
- в) наличие сопутствующих соматических заболеваний
- г) наличие заболеваний, сопровождающихся зудом и расчёсами**

45. Контагиозным проявлением первичного сифилиса является:

- а) региональный лимфаденит
- б) атипичный твёрдый шанкр
- в) эрозивный или изъязвлённый твёрдый шанкр**
- г) твёрдый шанкр в стадии эпителизации

46. Атипичным твердым шанкром является:

- а) шанкр гладкой кожи
- б) шанкр языка
- в) индуративный отек**
- г) шанкр красной каймы губ

47. Длительность первичного сифилиса:

- а) 3-4 недели
- б) 6-8 недель**
- в) 3-4 месяца
- г) 6 месяцев и более

48. Проявления третичного сифилиса:

- а) очень заразительны
- б) менее заразительны, чем ранние сифилиды
- в) не заразительны**
- г) заразительны, в зависимости от локализации

49. Осложнение первичной сифиломы при иммунодефиците:

- а) фагеденизм**
- б) фимоз
- в) баланит
- г) баланопостит

50. Осложнение первичной сифиломы у мужчин:

- а) парафимоз**
- б) индуративный отек
- в) орхит
- г) бартолинит

51. Достоверный признак позднего врождённого сифилиса:

- а) ягодицеобразный череп
- б) седловидные голени
- в) зубы Гетчинсона**
- г) рубцы Робинсона-Фурнье

52. Патогномичным поражением костей при раннем врождённом сифилисе является:

- а) остеохондроз
- б) остеохондрит**
- в) периостит
- г) остеомиелит

53. Патогномичным проявлением раннего врождённого сифилиса грудного возраста является:

- а) мелкоочаговая алопеция
- б) сифилитическая лейкодерма
- в) сифилитическая пузырьчатка**
- г) широкие кондиломы

54. Наиболее часто при раннем врождённом сифилисе поражается:

- а) костная система**
- б) сердечно-сосудистая система
- в) ЖКТ
- г) мочевыводящая система

55. При раннем врождённом сифилисе из внутренних органов чаще всего поражается:

- а) желудок
- б) печень**
- в) почки
- г) лёгкие

56. Проявления позднего врождённого сифилиса чаще всего возникают в возрасте:

- а) от 2 до 4 лет**
- б) от 4 до 17 лет
- в) от 17 до 25 лет
- г) в любом возрасте

57. Вероятный признак позднего врождённого сифилиса:

- а) отсутствие мечевидного отростка
- б) седловидный нос**
- в) готическое нёбо
- г) лабиринтная глухота

58. Проявления раннего врождённого сифилиса возникают в возрасте:

- а) с 1 года до 2 лет
- б) в любом возрасте
- в) с рождения до 2 лет**
- г) с рождения до 17 лет

59. Рубцы Робинсона-Фурнье при врождённом сифилисе появляются

- а) спонтанно
- б) при разрешении папулёзной инфильтрации**
- в) при разрешении гуммозной инфильтрации
- г) не имеют отношение к врождённому сифилису

60. Саблевидные голени при позднем врождённом сифилисе являются:

- а) достоверным признаком
- б) вероятным признаком**
- в) стигмой
- г) не имеют отношение к врождённому сифилису

61. Основным критерием дифференциальной диагностики вторичного сифилиса и раннего врождённого сифилиса у ребёнка до 2 лет является:

- а) серологические реакции
- б) клиника
- в) обнаружение бледных трепонем
- г) выявление источника заражения**

62. Седловидный нос формируется вследствие разрешения:

- а) гуммозной инфильтрации
- б) сифилитического ринита**
- в) бугоркового сифилида
- г) не имеет отношения к сифилису

63. К атипичным твёрдым шанкрам относится:

- а) шанкр-панариций**
- б) эрозивный твёрдый шанкр миндалина
- в) эрозивный твёрдый шанкр ногтевого валика
- г) множественные твёрдые шанкры

64. Локализация твёрдого шанкра у детей до 4 лет преимущественно:

- а) на гениталиях
- б) перианальная
- в) на коже**
- г) на слизистой полости рта

65. Дети какого возраста подлежат превентивному лечению при наличии сифилиса у родителей?

- а) любого возраста
- б) до 4-х лет
- в) до 4-х лет только при тесном бытовом контакте**
- г) любого возраста в зависимости от степени контакта

66. В настоящее время путь заражения сифилиса для детей преимущественно:

- а) половой
- б) транспланцентарный**
- в) гемотрансфузионный
- г) бытовой

67. Лечение детей с врождённым сифилисом проводится:

- а) только в стационаре**
- б) амбулаторно
- в) в зависимости от клинических проявлений
- г) на усмотрение врача

68. Лечение детей с приобретённым сифилисом проводится:

- а) на усмотрение врача
- б) в зависимости от клинических проявлений
- в) амбулаторно
- г) только в стационаре**

69. Неблагоприятный прогноз для жизни ребёнка возникает преимущественно:

- а) при раннем врождённом сифилисе грудного возраста**
- б) при позднем врождённом сифилисе
- в) при приобретённом сифилисе
- г) при раннем врождённом сифилисе раннего детского возраста

70. Профилактическое лечение беременным женщинам проводится

- а) в любой срок беременности
- б) до 20 недели

**в) после 20 недели**

г) не проводится

71. Возбудителем гонореи является:

а) диплококк Грам-положительный

б) диплококк внеклеточный

в) диплококк внутриклеточный

**г) диплококк Грам-отрицательный внутри- и внеклеточный**

72. Наиболее частой причиной рецидивов гонореи является ассоциация гонококков

а) с хламидиями

б) с кандидами

**в) с трихомонадами**

г) с уреаплазмой

73. Наиболее доступным для поражения гонококками являются слизистые оболочки, выстланные

а) многослойным плоским неороговевающим эпителием

б) переходным эпителием

**в) цилиндрическим эпителием**

г) многослойным плоским ороговевающим эпителием

74. Принципы лечения свежей торпидной гонореи:

а) антибиотики+местное лечение

б) антибиотики+иммунотерапия

**в) только антибиотики**

г) достаточно местного лечения

75. К осложнениям гонорейной инфекции у мужчин относятся:

а) фарингит

б) проктит

**в) эпидидимит**

г) конъюнктивит

76. В каком возрасте детям, больным хронической гонореей, можно вводить гоновакцину

а) старше 1 года

б) старше 2 лет

**в) старше 3 лет**

г) старше 4 лет

77. Урогенитальной инфекцией является:

**а) хламидиоз**

б) педикулёз

в) сифилис

г) остроконечные кондиломы

78. Заражение маленьких девочек гонореей обычно происходит:

а) при половом контакте

**б) при тесном бытовом контакте с больной матерью**

в) при плохой гигиене половых органов

г) при ослабленном иммунитете

79. Наиболее распространенным осложнением гонореи у мужчин является:

- а) орхит
- б) артрит
- в) простатит**
- г) баланопостит

80. С целью диагностики трихомониаза у женщин исследуют

- а) отделяемое уретры
- б) нити в моче
- в) отделяемое цервикального канала
- г) отделяемое заднего свода влагалища**

81. Поражения суставов наблюдаются

- а) при гонорее**
- б) при трихомонозе
- в) при кандидозе
- г) при уреаплазмозе

82. С целью диагностики урогенитального хламидиоза у женщин исследуется соскоб со слизистой оболочки

- а) уретры и заднего свода влагалища
- б) уретры и цервикального канала**
- в) цервикального канала и прямой кишки
- г) уретры, и прямой кишки

83. Контроль излеченности хламидийной инфекции после окончания лечения проводится

- а) через 7-10 дней
- б) через 1 месяц**
- в) через 10-14 дней
- г) сразу после окончания лечения

84. Для лечения хронической формы урогенитальных инфекций в обязательном порядке назначают:

- а) препараты вилочковой железы
- б) гоновакцину или пирогенал**
- в) витаминотерапию
- г) аутогемотерапию

85. Для девочек характерной локализацией гонореи является:

- а) эндоцервицит
- б) вульвовагинит**
- в) проктит
- г) уретрит

86. Длительность свежей гонореи:

- а) до 1 месяца
- б) до 2 месяцев**
- в) до 6 месяцев
- г) до 1 года

87. Больным, являющимся предполагаемыми источниками заражения гонореей, в случае, когда гонококки не обнаружены, следует проводить лечение

- а) на усмотрение врача
- б) по схеме свежей гонореи
- в) по схеме хронической гонореи**
- г) не обязательно

88. Провокация при урогенитальных инфекциях проводится с целью:

- а) выявления возбудителя**
- б) устранения воспалительного процесса
- в) профилактики
- г) является началом лечения

89. В целях профилактики гонобленореи новорожденным закапывают на слизистую глаз

- а) 30% раствор сульфацила-натрия немедленно после рождения однократно
- б) 30% раствор сульфацила-натрия через 2 часа после рождения
- в) 2% раствор резорцина немедленно после рождения однократно
- г) 30% раствор сульфацила-натрия немедленно после рождения и через 2 часа**

90. Бактериальный вагиноз характеризуется:

- а) обнаружением "ключевых клеток"**
- б) обильными пенистыми выделениями
- в) жжением и болью при мочеиспускании
- г) обнаружением лейкоцитоза

91. Преимущественный путь заражения гонореей у новорожденных:

- а) половой
- б) бытовой
- в) в родах**
- г) транспланцитарный

92. Топической диагностикой острого гонококкового уретрита является:

- а) проба Томпсона**
- б) провокация
- в) уретроскопия
- г) микроскопия

93. Влагилищная гарднерелла:

- а) факультативный анаэроб**
- б) факультативный аэроб
- в) облигатный анаэроб
- г) облигатный аэроб

94. Контроль излеченности при урогенитальных инфекциях:

- а) проводится на усмотрение врача

**б) проводится всегда**

в) проводится в зависимости от течения и формы инфекции

г) не проводится

95. Для женщин типичной формой гонореи является:

**а) эндоцервицит**

б) вульвовагинит

в) уретрит

г) вульвит

96. Термином "ключевая" клетка обозначается

а) клетка цилиндрического эпителия, имеющая внутриклеточные включения

б) клетка влагалищного эпителия, покрытая грам-вариабельной мономорфной, упорядоченной палочковой флорой

**в) клетка влагалищного эпителия, покрытая сплошь или частично грам-вариабельными коккобациллами**

г) клетка влагалищного эпителия, покрытая сплошь или частично грам-положительной палочковой флорой

97. Новорождённым показано проведение микробиологического обследования с целью идентификации хламидий в сроки

**а) при рождении и на 5-6-й день жизни**

б) каждый месяц в течение 3 месяцев

в) только при рождении

г) через 1 месяц после рождения

98. К осложнениям гонорейной инфекции у женщин относятся:

а) баланопостит

б) конъюнктивит

в) проктит

**г) бартолинит**

99. Специфическая иммуностимуляция при гонорее:

а) производные интерферона

**б) гоновакцина**

в) пирогенал

г) препараты вилочковой железы

100. Формы свежей гонореи:

а) острая, подострая, хроническая

б) острая, хроническая, гонококконосительство

**в) острая, подострая, торпидная**

г) острая, торпидная, гонококконосительство



**Банк ситуационных клинических задач**

<b>Б 1.Б 6</b>	<b>Дерматовенерология</b>
<b>Б 1.Б 6.1</b>	<b>Раздел 1: «Дерматология»</b>
<b>Б 1.Б.6.1.2</b> «Хронические дерматозы»	<p style="text-align: center;"><b>Задача №1</b></p> <p>М., 15 лет. Заболел 1,5 года назад. Появление заболевания ни с чем не связывает. Жалуется на высыпания на коже, небольшой зуд, жжение. Обратился к врачу, был выставлен диагноз – аллергия (?), лечение антигистаминами, ТГКС, через 2 месяца снова – обострение, лечение тоже, еще через 2 месяца – обострение, лечение тоже. Эффект есть, но кратковременный. Через 1 мес. снова появилась сыпь. Т – не повышалась.</p> <p>При осмотре: на коже туловища и конечностей, а также на головке полового члена имеются пятна размером от 2-х рублевой монеты до 5, округлой формы, отечные, розово – красного цвета в центре, имеют двукортуность, местами в центре имеются «глазки» при пальпации пятен отмечает болезненность. Слизистые оболочки полости рта не поражены. Лимфатические узлы не увеличены.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Какой диагноз?</li><li>2. Какое лечение необходимо назначить пациенту, согласно диагнозу?</li></ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача №2</b></p> <p>Ж., 30 лет жалуется на высыпания на коже голени. Больна 2 года. Субъективных ощущений нет.</p> <p>Обращалась к дерматологу по месту жительства. Ставили диагнозы: экзема, псориаз, васкулит.</p> <p>Назначались ТГКС, антигистаминами. Лечение не помогало. Не обследовалась. Здорова.</p> <p>При осмотре: кожный процесс носит ограниченный, асимметричный характер и локализуется на передней поверхности правой голени с переходом на внутреннюю поверхность. Представлен несколькими бляшками с нечеткими краями красного цвета, в центре имеются телеангиэктазии. Размер бляшек с ладонь ребенка и взрослого человека. Очаги в центре западают (фото 5).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Какой диагноз?</li><li>2. Нужно ли проводить какое - то исследование?</li><li>3. Какое лечение необходимо назначить пациенту, согласно диагнозу?</li></ol> <p style="text-align: center;"><b>Задача №3</b></p> <p>Ж., 53 года жалуется на «наросты» на подошвах, боли при ходьбе. Заболела около 6 мес. Заболевание потихоньку прогрессировало. Очаги увеличивались в размерах. Смазывала смягчающими мазями, но это только немного облегчало состояние.</p> <p>При осмотре: кожный процесс носит ограниченный симметричный</p>

характер и локализуется на подошвах, свод свободен от высыпаний. Процесс представлен диффузными очагами с роговыми массивными наслоениями, на этом фоне имеются глубокие трещины.

Вопросы:

1. Какой диагноз?
2. Нужно ли проводить какое - то исследование?
3. Какое лечение необходимо назначить пациенту, согласно диагнозу?

#### **Задача №4**

М., 54 года жалуется на высыпания на коже кистей. Зуда нет. Болен около 1,5 лет. Обращался к врачу по м\ж . Выставлялся диагноз: хроническая экзема. Проводилось лечение: антигистамины, ТГКС. Эффекта нет. Сыпь появилась на подошвах. Снова обратился к врачу.

При осмотре: кожный процесс носит ограниченный симметричный характер и локализуется в области ладоней и подошв с переходом на тыльную поверхность. Процесс представлен бляшками розового цвета с четкими контурами, больших размеров, занимающих всю поверхность ладоней, на подошвах – бляшки меньших размеров, покрытые серозными корками и чешуйками.

Вопросы:

1. Какой диагноз?
2. Какое лечение необходимо назначить пациенту, согласно диагнозу?

#### **Задача №5**

Пациентка П, 28 лет, обратилась на приём с жалобами на высыпания на коже лица, впервые появившиеся в 13-14 лет. Неоднократно лечилась: 7-10 дневные курсы антибиотиков, витамины, аутогемотерапия, наружно различные гели, мази, кремы с переменным успехом. В последние 3 года узлы сопровождаются нагноением, дважды хирургом производилось вскрытие абсцессов.

Из анамнеза: страдает синдромом гипербилирубинемии неясного генеза, синдромом ускоренного СОЭ. Месячные регулярные, умеренно болезненные. Обследована у эндокринолога, гинеколога – без особенностей.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, его обоснование
2. Определите тактику обследования и лечения.

#### **Задача №6**

Пациент О, 35 лет, обратился в жалобами на высыпания вокруг глаз, верхней и нижней губах, чувство “инородного тела” в глазах. Считает себя больным около 5 лет. Высыпания сопровождаются зудом, лёгким жжением. Ухудшение от приёма горячих напитков, острой пищи, алкоголя, посещения бани.

Объективно: папулёзные элементы на фоне умеренной эритемы расположены периорбитально и периорально, единичные поверхностные мелкие пустулы, отмечается умеренная гиперемия конъюнктивы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Определите тактику обследования и лечения

#### **Задача №7**

Пациент А, 12 лет, направлен для уточнения диагноза и тактики ведения. Считает себя больным около 10 лет, жалобы на зуд кожи, высыпания на коже лица, кистей. Ухудшение кожного процесса отмечает после расстройств функции ЖКТ.

Объективно: кожа лица диффузно сухая, отмечается отрубевидное шелушение, более заметное на веках, периорбитальная пигментация, складчатость кожи нижнего века; в области щёк, периорально и на красной кайме губ на фоне эритемы шелушение, папулы, трещины, корочки. На тыле кистей застойная гиперемия, очаги шелушения, трещины, кожа ладоней влажная, синюшная.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Определите тактику обследования и лечения

#### **Задача №8**

Пациентка Т, 21 год, предъявляет жалобы на отёк лица, чувство распирания, возникшие сутки назад, кашель. Ни с чем заболевание не связывает.

Из анамнеза: страдает хронической крапивницей в течении 5 лет, аналогичные высыпания на лице были 6 месяцев назад.

Объективно: на фоне диффузной эритемы отмечается резкий отёк губ, век, шеи.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Определите тактику обследования и лечения

#### **Задача № 9.**

В дерматовенерологическое отделение поступил пациент 20 лет с жалобами на зудящие высыпания в области туловища, конечностей, общую слабость, субфебрильную температуру. Заболел 2 недели назад на фоне полного благополучия.

При осмотре: на коже туловища, верхних и нижних конечностей имеются сгруппированные папулезные высыпания с геморрагическими корками. Предположительный диагноз «Герпетиформный дерматоз Дюринга». Проба Ядассона дала отрицательный результат. В общем анализе крови обращали внимание анемия, тромбоцитопения, лейкопения, высокие показатели СОЭ. В анализе мочи имелись изменения: белок, измененные эритроциты, цилиндры, низкая плотность.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Дополнительное обследование.
3. Лечение.

#### **Задача №10.**

В дерматовенерологический стационар направлена пациентка 29 лет с жалобами на болезненность в области суставов коленных, голеностопных,

кистей и стоп, отек дистальных отделов конечностей, высыпания в области правого бедра и голени.

При осмотре: в области правого бедра и голени имеются 4 очага плотной кожи цвета слоновой кости, с розово-фиолетовым венчиком. Кисти отечны, нормальной температуры, плотной консистенции, движения в суставах кистей ограничены.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Обследование.
3. Лечение.

#### **Задача №11.**

На консультацию дерматовенеролога направлен терапевтом пациент 38 лет с жалобами на высыпания в области конечностей, боли в области мелких суставов. Заболел 2 месяца назад. Объективно: в области предплечий и голеней имеются узелковые и узловатые элементы по ходу сосудов в виде «четок». В анализе мочи обращают на себя внимание протеинурия, измененные эритроциты, цилиндры, низкая плотность.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Обследование.
3. Лечение

#### **Задача №12**

В дерматовенерологическое отделение направлен пациент 60 лет с жалобами на универсальное поражение кожи, субфебрильную температуру, общую слабость. Заболел месяц назад, когда после контакта с концентрированной соляной кислотой появилось покраснение кожи в месте контакта. По месту жительства амбулаторно был назначен преднизолон в дозе 40 мг в сутки. Поскольку эффекта от лечения не было, дозу увеличили до 90 мг в сутки, после чего развилась эритродермия с эксфолиативным шелушением.

Объективно: поражение кожи универсальное, представлено эритемой, инфильтрацией, лихенизацией, крупнопластинчатым шелушением. На коже спины имеется фолликулярный гиперкератоз, островки здоровой кожи. В области ладоней и подошв диффузная кератодермия, все ногтевые пластинки дистрофичны.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Обследование.
3. Лечение.

#### **Задача №13**

К дерматовенерологу обратилась пациентка 65 лет с жалобами на зудящие высыпания в области спины, предплечий, голеней. Заболела 3 года назад, когда впервые появились высыпания на коже конечностей.

Объективно наблюдались сгруппированные, розовые папулы и бляшки с геморрагическими корками и гиперкератозом на поверхности. Был диагностирован «Дерматоз Дюринга», проводилось лечение дапсоном 100 мг в сутки. Эффекта от лечения не было, напротив состояние прогрессивно

ухудшалось. Была произведена биопсия кожи. Гистологическое исследование выявило вакуольную дегенерацию базальных клеток, акантоз, выраженный гранулез, гиперкератоз, полосовидную инфильтрацию дермы.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Лечение.

#### **Задача №14**

На прием обратился мужчина 54 лет с жалобами на высыпания на коже. Болен с 23 лет, когда впервые появились высыпания на коже волосистой части головы, без видимой причины. Применял различные мази, шампуни, отмечал эффект. В летнее время обычно высыпания разрешались, в зимнее время отмечались обострения. В течение последних 2 лет стали появляться шелушащиеся высыпания на коленях и локтях, которые проходили на фоне применения гормональных мазей и в летнее время после загара. После перенесенной ангины месяц назад появились высыпания по всему кожному покрову. Применял местное лечение, эффект незначительный.

Анамнез: у матери больного отмечались красные шелушащиеся высыпания на локтях. При осмотре : на коже волосистой части головы по краю роста волос, разгибательной поверхности предплечий, голеней, ладонях, туловища имеются папулезные элементы и бляшки размером от монет различной значимости до крупных бляшек (фото 1.1, 1.2., 1.3.) ярко-розового цвета с серебристо-белыми чешуйками на поверхности, при поскабливании которых определяется последовательно феномен стеаринового пятна, терминальной пленки, кровяной росы. По периферии элементов имеется эритематозный венчик, отдельные бляшки в области резинки трусов имеют линейную форму.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно выставить данному пациенту?
2. На основании каких критериев выставлен данный диагноз?
3. Какая клиническая разновидность и стадия заболевания?
4. Какова тактика лечения данного пациента?

#### **Задача №15**

К врачу обратилась пациентка 63 лет с жалобами на высыпания на коже туловища, изменение ушных раковин, покраснение глаз. Больно около 5 месяцев. Не лечилась.

Объективно: в области груди, спины имеются гладкие полушаровидные плотные узелки красновато-фиолетового цвета, 3-7 мм в диаметре, при диаскопии определяются желтоватые пятна. В области ушных раковин узелки более крупные, сливаются в плотный безболезненный инфильтрат. Отмечается инъекция склер, единичные узелки имеются в области лица. При обследовании : определяется положительная проба Квейма. При гистологическом исследовании узелка с области спины: имеется гранулема, в центре которой находятся эпителиодные клетки, гигантские клетки Лангханса, макрофаги, по периферии лимфоидные клетки, фибробласты, вокруг гранулемы дистрофические изменения тканей.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно выставить данной пациентке?
2. На основании каких критериев выставлен данный диагноз?

### 3. Какова тактика лечения данной пациентки?

#### **Задача №16**

На прием обратилась девушка 20 лет с жалобами на высыпания на коже туловища, конечностей, повышение температуры до 37,8°C, слабость, недомогание. Больна около 2 недель, когда после перенесенной ангины появились эритематозные пятна, терапевтом по месту жительства был поставлен Дз: Краснуха, был назначен антибактериальный препарат, названия не помнит. Однако на этом фоне высыпания стали распространяться, кроме пятен появились папулезные элементы. Обратилась к дерматологу, поставлен Дз: Токсикодермия, получала антигистаминные препараты, эффекта не отмечает, высыпания продолжали распространяться, стала повышаться температура сначала до субфебрильных цифр, а в течение 3 последних дней повышение температуры до 37,8 °С.

При осмотре: на коже туловища, конечностей имеются множественные полиморфные высыпания: папулы красновато цвета, пятна, оспенновидные пузырьки и пузыри с инфильтрированным основанием и пупкообразным вдавлением в центре, отдельные элементы с геморрагическим компонентом, эрозии, геморрагические корки. В полости рта разлитая эритема. Пальпируются подмышечные, паховые лимфоузлы размером с фасоль. Субъективно: зуд.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно выставить данной пациентке?
2. На основании каких критериев выставлен данный диагноз?
3. Какова тактика лечения данной пациентки?

#### **Задача №17**

Пациент М., 30 лет предъявляет жалобы на высыпания по всему кожному покрову. До появления генерализованных высыпаний отмечал розовые шелушащиеся бляшки на волосистой части головы. Около 4-5 месяцев назад высыпания стали распространяться по всему кожному покрову. Не лечился. Из анамнеза: много лет употребляет инъекционные наркотики, ведет беспорядочную половую жизнь.

При осмотре: по всему кожному покрову имеются множественные бляшки ярко-красного цвета с выраженной инфильтрацией округлой формы, размером с монеты различной значимости с желтоватыми корками на поверхности. В подмышечных складках эрозии ярко-красного цвета, покрытые белесоватым налетом. В области ладоней и подошв выраженная инфильтрация кожи с шелушением на поверхности. Отмечается деформация ногтевых пластин пальцев кистей и стоп, утолщение околоногтевых валиков с явлениями гиперкератоза. При обследовании выявлены положительные реакции крови на ВИЧ. В соскобе с ладоней и подошв выявлены споры и мицелий паразитарных грибов, с подмышечных впадин дрожжеподобные грибы.

Вопросы:

1. О каких СПИД-ассоциированных заболеваниях можно подумать у данного больного?
2. Какова тактика в отношении данного пациента?

#### **Задача №18**

На прием обратилась женщина 45 лет с жалобами на высыпания на коже нижних конечностей. Впервые высыпания появились около 1 года назад в виде пятен на передней поверхности голеней, на которые сначала

	<p>не обращала внимания. Однако в течение последних нескольких месяцев высыпания стали увеличиваться в размерах, появилась атрофия кожи.</p> <p>Анамнез: ожирение 2 степени, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа в течение 5 лет, диету, назначенную врачом-эндокринологом не соблюдает, сахароснижающие препараты принимает не регулярно.</p> <p>Объективно: в области передней поверхности обеих голеней и тыла правой стопы имеются пятна розовато-красноватого цвета с оранжево-желтым оттенком, в пределах которых имеются участки атрофии в центре, наиболее выраженные в области голеней, в очаге на тыле стопы шелушение.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какой диагноз можно выставить данной пациентке?</li> <li>2. На основании каких критериев выставлен данный диагноз?</li> <li>3. Какова тактика лечения данной пациентки?</li> </ol> <p><b>Задача №19</b></p> <p>К врачу обратилась пациентка 20 лет с жалобами на высыпания на коже туловища. Больна около 5 месяцев, когда заметила сначала пятна, которые постепенно стали уплотняться, а затем в центре очагов появилась атрофия кожи. Из анамнеза: страдает хроническим гайморитом, кариесом.</p> <p>При осмотре: в области боковых поверхностей туловища имеются очаги, в пределах которых кожа уплотнена, по периферии имеется сиреневато-лиловый венчик, участки атрофии кольцевидной формы. Субъективно: чувство стягивания кожи.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какой диагноз можно выставить данной пациентке?</li> <li>2. Какова тактика обследования и лечения данной пациентки?</li> </ol> <p><b>Задача №20</b></p> <p>В дерматовенерологическое отделение поступила пациентка 46 лет с жалобами на зудящие высыпания в области туловища, конечностей. Заболела 6 месяцев назад, лечилась топическими кортикостероидами без эффекта.</p> <p>Объективно: на коже туловища, разгибательной поверхности конечностей имеются множественные телесного цвета узелки и узлы с эскориациями в центре в виде серозно-геморрагических корок.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагноз.</li> <li>2. Лечение.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.1.3</b> «Инфекционные дерматозы»</p>	<p><b>Задача №1</b></p> <p>Ж., 18 лет жалобы на высыпания на половых органах, боли в местах высыпаний, повышение температуры. Заболела впервые, 2 дня назад, появление заболевания связывает с переохлаждением. Принимала парацетамол, но температура снижается, а потом снова повышается, появляется новая сыпь.</p> <p>При осмотре: кожа больших и малых половых губ красна, отечна, на этом фоне имеется множество пузырьков с серозным содержимым и эрозий небольшого размера красного цвета (фото 3). Увеличены паховые лимфоузлы, размером с фасоль, плотные, болезненные при пальпации.</p>

Кожа над ними не изменена.

Вопросы:

1. Какой диагноз?
2. Нужно ли проводить обследование?
3. Какое лечение необходимо назначить пациенту, согласно диагнозу?

#### **Задача №2**

Ж., 72 лет жалобы на высыпания на коже, боли. Заболела впервые 5 дней назад. К врачу не обращалась, самостоятельно принимала цетрин, смазывала маслом, без эффекта.

При осмотре: процесс на коже носит асимметричный характер, локализуется в области правой молочной железы с переходом на межреберные промежутки спины: на фоне эритематозных очагов без четких контуров, пузырьки, серозные и геморрагические корки. Лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

1. Какой диагноз?
2. Какое лечение необходимо назначить данной пациентке?

#### **Задача № 3**

М., 44 года жалуется на опухоли в области ануса. Болен несколько месяцев. Появление заболевания ни с чем не связывает. Предполагал, что это геморрой. Принимал 2 курса свечи «Релиф», но эффекта нет. Субъективных ощущений не отмечает.

При осмотре: вокруг анального канала имеется множество узелков цвета кожи, размером от булавочной головки до чечевицы и вишни, с неровной поверхностью, расположенные на ножке.

Вопросы:

1. Какой диагноз?
2. Какое лечение необходимо назначить пациенту, согласно диагнозу?

#### **Задача №4**

Пациентка В, 59 лет, предъявляет жалобы на высыпания на коже шеи, подмышечных впадин в течении 3-х лет без субъективных ощущений.

Обследование: ожирение 2 степени, сахарный диабет 2-го типа, гипертоническая болезнь 3, риск 3, желчно-каменная болезнь

Объективно: на коже шеи, подмышечных впадин множественные (около 30) опухолевидные полипы на тонкой ножке размером от 1 до 10 мм.

Вопросы:

1. Ваш диагноз, его обоснование.
2. Определите тактику обследования и лечения

#### **Задача №5**

На приём обратился пациент С, 45 лет с жалобами на высыпания в области туловища без субъективных ощущений. Месяц назад в этом месте отметил укус клеща.

Объективно: на коже туловища очаг гиперемии диаметром 17 см, с чуть размытыми границами, в центре одиночная гиперемированная папула,



	<p>диаметром 5 мм.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ваш диагноз, его обоснование.</li> <li>2. Определите тактику обследования и лечения</li> </ol> <p><b>Задача № 7.</b></p> <p>На прием к врачу дерматовенерологу обратилась пациентка 16 лет с жалобами на высокую температуру (38-39 градусов), высыпания на лице, верхних конечностях. С грудного возраста страдает атопическим дерматитом. Неделю назад бабушка, живущая вместе с внучкой, переболела простым герпесом.</p> <p>Объективно: на лице, кистях предплечьях имеются множественные оспенновидные элементы, местами с гнойным содержимым.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предварительный диагноз.</li> <li>2. Лечение.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б 6.2</b></p>	<p><b>Раздел 2: Венерология</b></p>
	<p><b>Задача №1</b></p> <p>В роддом на консультацию к новорожденному ребенку приглашен дерматовенеролог. Новорожденный родился от первой беременности в срок, вес 3 кг, рост 50 см при рождении в области ладоней и подошв имелись пузыри с серозным содержимым. При осмотре: Состояние тяжелое, пневмония, гепатоспленомегалия, ринит, на коже ладоней вскрывшиеся пузыри, в области подошв малинового цвета разлитая эритема, местами пластинчатое шелушение (фото 7.1, 7.2., 7.3) . При обследовании: кровь на сифилис ИФА суммарные антитела положительно, IgM (+) положительно IgG (+) положительно, титр 1:1280, РМП (+) положительно.</p> <p>Анамнез: мать ребенка во время беременности на учете не состояла. Не замужем, злоупотребляет алкоголем, ведет беспорядочную половую жизнь. При осмотре: в полости рта и на гениталиях обнаружены эрозивные папулы, едва заметная розеола в области туловища, пальпируются паховые и кубитальные лимфоузлы размером с фасоль, горошину, плотно-эластической консистенции, подвижные безболезненные. При обследовании матери: кровь на сифилис ИФА суммарные антитела положительно, IgM (-) отрицательно IgG (+) положительно, титр 1:160, РМП (+) положительно титр 1:80.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какой диагноз можно выставить ребенку и его матери ?</li> <li>2. На основании каких критериев можно предположить данный диагноз?</li> </ol> <p><b>Задача №2</b></p> <p>К дерматовенерологу обратился пациент с жалобами на высыпания в области туловища, полового члена.</p> <p>Объективно: в области туловища имеются множественные пустулезные элементы с серозно-геморрагической корочкой в центре, на коже ладоней и подошв кольцевидное шелушение, в области полового члена множественные эрозии правильных округлых очертаний, безболезненные,</p>

все лимфоузлы увеличены. РМП положительная.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительное обследование.
3. Лечение.

### **Задача №3**

К врачу офтальмологу обратилась пациентка с жалобами на нарушение зрения, При исследовании глазного дна обнаружен хореоретинит, «симптом соли с перцем».

Вопросы:

1. Тактика офтальмолога.
2. Предварительный диагноз.
3. Обследование дерматовенеролога.

### **Задача №4**

В женскую консультацию обратилась женщина 25 лет с беременностью 12 недель. Жалоб не предъявляла. Кожа и слизистые были чистые. РМП оказалась положительной. 4 месяца назад проходила медосмотр на производстве, ИФА была отрицательной.

Вопросы:

1. Тактика гинеколога.
2. Предварительный диагноз
3. Обследование дерматовенеролога.

### **Задача №5.**

В родильном доме у доношенной новорожденной девочки весом 2 кг обнаружены буллезные высыпания на ладонях и подошвах, серозные выделения из носа, дистрофия подкожно-жировой клетчатки.

Из анамнеза известно, что мать переболела вторичным сифилисом, получила курс лечения соответственно диагнозу, но не прошла профилактическое лечение по семейным обстоятельствам.

Вопросы:

1. План обследования.
2. Диагноз.
3. Лечение.

### **Задача №6**

В кардиологическое отделение поступил пациент 73 лет с аневризмой аорты, недостаточностью аортальных клапанов, сердечной недостаточностью. При постановке ИФА – суммарные антитела обнаружены слабоположительные результаты с низким титром антител.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Лечение.

### **Задача № 6.**

На прием к дерматовенерологу обратился пациент в возрасте 22 лет с жалобами на «язвочку» в области полового члена. Заболел неделю назад,

самостоятельно не лечился. Половых контактов со слов больного в течение 6 месяцев не было.

Объективно: в области венечной борозды имеется эрозия неправильных очертаний, болезненная при пальпации, паховые лимфоузлы не увеличены. РМП дала отрицательный результат. ИФА: суммарные антитела «отрицательно».

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Лечение.

#### **Задача №7**

Пациент Д., 19 лет, предъявляет жалобы на высыпания на головке полового члена в течении 1 года, мигрирующие боли в области коленных и голеностопных суставов, “раздражение глаз”, сопровождающихся фотофобией, покраснением, слезотечением.

Анамнез: состоит на учёте и проходит периодическое лечение у уролога по поводу хронического простатита.

Объективно: на коже головки полового члена диффузная гиперемия с чёткими границами, слизистые выделения с поверхности, отмечается гиперемия конъюнктивы и слизисто-гнойные выделения из глаз.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз, его обоснование
2. Определите тактику обследования и лечения.

#### **Задача №8**

На прием к урологу обратился пациент с явлениями фимоза. Объективно половой член увеличен в объеме, головку открыть не представляется возможным. Паховые лимфоузлы плотные, подвижные, безболезненные.

Анамнез: имел курортный роман месяц назад. РМП отрицательная.

Вопросы:

1. Тактика уролога.
2. Обследование дерматовенеролога.

## Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

### 11.Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: <b>Удовлетворительно (3)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b> 61 – 75
<b>Хорошо (4)</b>	76– 90
<b>Отлично (5)</b>	91 – 100

### 12.Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия.
четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	12. Знание алгоритма решения.
	13. Уровень самостоятельного мышления.
	14. Аргументированность решения.
пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

### 13.Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость
четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

## 14.Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>	3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса
пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций  
рабочей программы дисциплины «Дерматовенерология»**

<b>Формируемые компетенции по ФГОС</b>		<b>Т –</b> тестирование	<b>ЗС –</b> решение ситуационных задач	<b>КР –</b> контрольная работа	<b>С –</b> собеседование по контрольным вопросам.	<b>Пр –</b> оценка освоения практических навыков (умений)
		<b>Тесты</b>	<b>Задачи</b>	<b>Вопросы для контрольной работы</b>	<b>Вопросы для собеседования</b>	<b>Практические навыки из перечня</b>
<b>УК</b>	<b>1</b>	1-100	1-50	1-60	1-60	1-15
<b>ПК</b>	<b>1</b>	1-100	1-50	1-60	1-60	1-15
	<b>2</b>	1-100	1-50	1-60	1-60	1-15
	<b>4</b>					
	<b>5</b>	1-100	1-50	1-60	1-60	1-15
	<b>6</b>	1-100	1-50	1-60	1-60	1-15
	<b>8</b>	1-100	1-50	1-60	1-60	1-15

**12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»**

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 324 часа**

**Формы контроля – рефераты, дискуссия**

<b>Код в ОПОП</b>	<b>Модуль ОПОП</b>	<b>Объем СР</b>
<b><i>Б 1.Б.6.1</i></b>	Раздел 1 «Дерматология»	252
<b><i>Б 1.Б.6.2</i></b>	Раздел 2 «Венерология»	72

**Вопросы и задания для самоконтроля:**

<b><i>Б 1.Б.6.1.</i></b> «Дерматолология»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Патология ногтей, патология волос. Диагностика. Принципы лечения.</li> <li>2. Заболевания сальных желез.</li> <li>3. Заболевания эккринных и апокринных потовых желез.</li> <li>4. Особенности клинического обследования дерматологических больных.</li> <li>5. Лабораторные методы диагностики кожных болезней.</li> <li>6. Принципы наружной терапии в дерматологии.</li> <li>7. Псориаз. Клинические формы псориаза. Диагностика.</li> <li>8. Понятие об атопии. Этиология, классификация нейродерматозов. Атопический дерматит. Этиология. Патогенез. Критерии диагностики.</li> <li>9. Контактные дерматиты. Этиология, патогенез, диагностика аллергического дерматита.</li> <li>10. Токсикодермии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.</li> <li>11. Экзема. Классификация, этиология, патогенез, клиника.</li> <li>12. Крапивница: этиологические и патогенетические особенности, диагностика.</li> <li>13. Акантолитическая пузырчатка. Этиологические, патогенетические особенности. Критерии диагностики.</li> <li>14. Герпетиформный дерматоз Дюринга. Этиологические, патогенетические и клинические особенности.</li> </ol>
--	--

	<p>15. Керато-, дерматомикозы. Диагностика. Микозы волосистой части головы (микроспория, трихофития, фавус). Дифференциальные критерии диагностики.</p> <p>16. Дерматофитии: клинические и эпидемиологические особенности, диагностика.</p> <p>17. Красный плоский лишай. Этиология, патогенез, клиника.</p> <p>18. Стафилодермия. Патогенетические и клинические особенности в грудном и взрослом возрасте.</p> <p>19. Стрептодермии. Клинические формы.</p> <p>20. Простой и опоясывающий герпес. Эпидемиология, клиника.</p> <p>21. Контагиозный моллюск. Этиология, клиника, диагностика.</p> <p>22. Бородавки, остроконечные кондиломы. Эпидемиология.</p> <p>23. Красная волчанка. Этиология, классификация, диагностика, патогенез.</p> <p>24. Склеродермия. Этиология, классификация, диагностика, патогенез, клиника.</p> <p>25. Лепра. Этиология, классификация, клинические проявления. Методы диагностики лепры.</p> <p>26. Чесотка. Принципы диагностики. Лечение. Педикулез. Классификация, диагностика.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.1.2</b> «Венерология»</p>	<p>1. Этиология, эпидемиология, общее течение сифилиса.</p> <p>2. Первичный сифилис. Критерии диагностики. Атипичные твердые шанкры. Осложнения твердого шанкра.</p> <p>3. Принципы диагностики сифилиса (нативный препарат, трепонемные и нетрепонемные серологические тесты).</p> <p>4. Реинфекция и суперинфекция при сифилисе. Инфекционный иммунитет.</p> <p>5. Вторичный сифилис. Критерии диагностики вторичного сифилиса. Вторичные сифилиды.</p> <p>6. Третичный сифилис. Критерии диагностики третичного сифилиса. Бугорковый сифилид. Гуммозный сифилид.</p> <p>7. Поражение нервной системы при третичном сифилисе (спинная сухотка, прогрессивный паралич).</p> <p>8. Врожденный сифилис. Классификация, патогенез. Ранний врожденный сифилис. Классификация. Клиника</p>



	<p>(ринит, пузырчатка). Ранний врожденный сифилис (папулезная инфильтрация, псевдопаралич).</p> <p>9. Врожденный сифилис. Поздний врожденный сифилис. Клиника, диагностика.</p> <p>10. Профилактика приобретенного и врожденного сифилиса.</p> <p>11. Поздний врожденный сифилис. Достоверные признаки диагностики. Вероятные признаки диагностики. Стигмы.</p> <p>12. Скрытый сифилис. Классификация. Критерии диагностики. Дифференциальный диагноз с ложноположительными реакциями.</p> <p>13. ИППП. Критерии диагностики</p> <p>14. Уретрогенные осложнения у мужчин, восходящая инфекция уrogenитальных ИППП у женщин.</p>
--	---

### Критерии и шкала оценивания

#### 1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b>  - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b>  - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

#### 2. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

