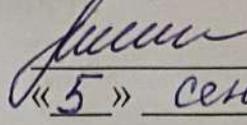


УТВЕРЖДАЮ

проректор по образовательной  
деятельности  
ФГБОУ ВО ВолгГМУ  
Минздрава России

 Михальченко Д.В.  
«5» сентября 2023

**Программа школы мастерства**  
**«Кожные заболевания с позиций междисциплинарного подхода»**  
**на базе кафедры дерматовенерологии**  
**на 2023-2024 учебный год**

**1. Общие положения**

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

1.2. Цель школы мастерства:

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

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

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

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

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

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

### 1.5. Основные направления работы школы мастерства.

- онкопатология кожи
- поражение кожи при заболеваниях внутренних органов
- изменения кожи при беременности
- детская дерматология
- наследственные дерматозы

### 1.6. Правила поступления в школу мастерства.

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

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

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

1.7. Количество вакантных мест для обучающихся – 5.

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

## 2. Регламент участия в школе мастерства

### 2.1. Регулярность и вид занятий, формы проведения заседаний.

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

### 2.2. Формы и вид промежуточного и итогового контроля

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

### 2.3. Календарно-тематический план заседаний.

Дата	Тема занятия	Форма занятия	Преподаватель
Октябрь	Новообразования кожи. Доброкачественные и злокачественные новообразования кожи клинические проявления.	Лекция	Родин А.Ю.
	Дифференциальная диагностика и тактика ведения новообразований кожи. Дерматоскопия.	Семинар	Шишкина М.А.
Ноябрь	Фотодерматозы. Классификация. Этиологические аспекты различных форм фотодерматозов. Клиническая картина. Диагностика и лечение.	Лекция	Щава С.Н.
	Дифференциальная диагностика фотодерматозов. Разбор клинических	Круглый стол	Шишкина М.А.

	случаев.		
Декабрь	Физиологические изменения ногтей. Врожденные и наследственные заболевания с патологией ногтевых пластин. Инфекционные заболевания ногтей.	Лекция	Щава С.Н.
	Заболевания ногтевого аппарата. Ониходистрофии при хронических дерматозах.	Деловая игра	Алексеева Д.А.
Январь	Патология волос	Лекция	Сердюкова Е.А.
	Алопеции. Клинический разбор	Семинар	Попов В.В.
Февраль	Пигментные дерматозы. Витилиго. Мелазма. Дифференциально-диагностические критерии. Диагностика, лечение.	Лекция	Родин А.Ю.
	Нарушения пигментации кожи	Деловая игра	Попов В.В.
Март	Генодерматозы Врожденный буллезный эпидермолиз: Этиология и патогенез, клинические проявления, диагностика и лечение.	Лекция	Сердюкова Е.А.
	Генодерматозы . Ихтиоз. Разбор клинических случаев	Семинар	Иванова И.Н.
Апрель	Дерматозы, ассоциированные с беременностью: пемфигоид, полиморфный дерматоз беременных, внутripеченочный холестаз, атопический дерматит. Этиология, Особенности клиники. Диагностика, лечение.	Лекция	Сердюкова Е.А.
	Тактика ведения беременных с патологией кожи	Деловая игра	Шишкина М.А.
Май	Патология кожи при нарушениях обмена	Лекция	Щава С.Н.
	Патология кожи новорожденных и детей первого года жизни. Физиологические и транзиторные заболевания кожи у новорожденных. Патология кожи детей раннего возраста.	Семинар	Иванова И.Н.

### 3. Фонд оценочных средств (ФОС)

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

3.1.1. Вопросы для собеседования

- 1) Строение кожи.
- 2) Функции кожи.

5) Первичные экссудативные элементы сыпи

6) Вторичные элементы сыпи

3.1.2. Тестовые задания

Выберите один правильный ответ

1. ГЛАВНАЯ ФУНКЦИЯ КОЖИ:

а) дыхательная

б) защитная

в) секреторная

г) депонирующая

2. АПОКРИНОВЫЕ ПОТОВЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

а) всюду

б) в складках и области гениталий

в) на волосистой части головы

г) на ладонях и подошвах

3. К ПРОЛИФЕРАТИВНЫМ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЦЕССАМ ОТНОСЯТ

а) гранулез

б) акантолиз

в) балонную дистрофию

г) спонгиоз

4. В ЭПИДЕРМИСЕ ЗАЛЕГАЮТ НЕРВНЫЕ РЕЦЕПТОРЫ :

а) воспринимающие чувство холода

б) воспринимающие чувство пепла

в) болевые рецепторы

г) рецепторы, передающие чувство давления

5. АКАНТОЗ ЭТО

а) межклеточный отек, приводящий к расширению росткового слоя

б) потеря связи между эпидермальными клетками

в) неполное ороговение

г) усиленная пролиферация базальных и шиповатых клеток

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

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

7. К ПЕРВИЧНЫМ ЭКССУДАТИВНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ ОТНОСЯТ

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

8. КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА ЭПИДЕРМОФИТИИ СТОП

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

9. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГРИБКОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ ИСПОЛЬЗУЮТ

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

10. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

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

11. К ДЕРМАТОМИКОЗАМ ОТНОСЯТ

- а) отрубевидный лишай
- б) микобактериозы

в) кандидоз

г) микроспорию

## 12. ПРИЗНАКИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ

а) симметричность поражения

б) локализация вокруг травм, ран, язв

в) пузырьки на боковых поверхностях пальцев

г) шелушение в межпальцевых складках

## 13. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ЭЛЕМЕНТ ПРИ ОСТРОЙ ЭКЗЕМЕ

а) бугорок

б) эрозия

в) микровезикула

г) лихенификация

## 14. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ

а) лихенификация

б) микровезикуляция и мокнутие

в) эксудативный характер поражения

г) положительная изоморфная реакция

## 15. ПРИЧИНОЙ ТОКСИДЕРМИИ МОЖЕТ БЫТЬ

а) орошение раны риванолом

б) повязка с синтомициновой эмульсией

в) УФО

г) прием антибактериального препарата внутрь

## 16. К ОБЛИГАТНЫМ РАЗДРАЖИТЕЛЯМ ПРИ КОНТАКТНОМ ДЕРМАТИТЕ ОТНОСЯТ

а) мази с анальгетиком

б) ингаляции

в) косметические средства

г) высокие и низкие температуры

## 17. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА Лайелла

а) общеукрепляющая терапия

- б) массивная антибактериальная терапия
- в) седативная терапия
- г) массивная кортикостероидная терапия

18. ПЕРВИЧНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПРИ КОЖНОМ ЗУДЕ

- а) лихеноидная папула
- б) эскориация
- в) волдырь или экссудативная папула
- г) отсутствуют

19. К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСЯТ

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

20. СИМПТОМ ДЕНИ-МОРГАНА ЭТО

- а) ихтиоз ладоней
- б) бледность кожи лица и темное окрашивание век
- в) увеличение уровня иммуноглобулинов E в сыворотке крови
- г) складка нижнего века

21. АБСОЛЮТНЫЕ ПРИЗНАКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

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

22. КЛИНИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ СКЛЕРОДЕРМИИ

- а) глубокая форма Капоши-Ирганга
- б) полосовидная форма
- в) центробежная эритема Биетта
- г) дискоидная форма

23. ДЛЯ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО

- а) уплотнение кожи
- б) фолликулярный гиперкератоз и рубцовая атрофия
- в) папуло-пустулезные элементы, телеангиоэктазии
- г) локализация на ладонях и подошвах

24. К ВЫСОКОКОНТАГИОЗНОЙ ФОРМЕ СТАФИЛОДЕРМИЙ ОТНОСЯТ

- а) остиофолликулиты
- б) импетиго ногтевых валиков
- в) эпидемическую пузырчатку новорожденных
- г) гидраденит

25. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕСОТКИ ПРИМЕНЯЮТ

- а) топические стероиды
- б) мыльно-керасиновая эмульсия
- в) бензилбензоат
- г) антибактериальные мази

30. ПРИЗНАК РЕГРЕССИРУЮЩЕЙ СТАДИИ ПСОРИАЗА

- а) псевдоатрофический ободок
- б) положительная изоморфная реакция
- в) гиперемированный венчик роста
- г) выраженное шелушение бляшек

31. КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА ПСОРИАЗА

- а) вульгарный
- б) слизистых оболочек
- в) полосовидный
- г) пемфигоидный

32. ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ТРИАДА ЭТО

- а) три последовательных клинических стадии
- б) три сезона обострений
- в) три главные клинические формы
- г) три симптома при поскабливании папулы

33. ДЛЯ ВЕГЕТИРУЮЩЕЙ ПУЗЫРЧАТКИ ХАРАКТЕРНО (выберите 2 верных ответа)

- а) дряблые пузыри быстро ссыхаются в пластинчатые листовидные корки
- б) процесс начинается с кожи лица, располагается на в/ч головы, грудь, плечи
- в) локализация высыпаний в складках и на слизистой рта
- г) появление вегетаций

34. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА НЕОБХОДИМО

- а) обнаружить клетки Тцанка
- б) провести пробу Ядассона
- в) получить положительный результат мазка-отпечатка на акантолитические клетки
- г) определить отложение Ig G в области шиповатого слоя эпидермиса

35. В ОСНОВЕ АКАНТОЛИЗА ЛЕЖИТ

- а) усиленная пролиферация шиповатых клеток
- б) образование полости в области базальной мембраны
- в) межклеточный отек шиповатых клеток
- г) разрушение связи между шиповатыми клетками

36. ПУЗЫРИ ПРИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ

- а) субкорнеальные
- б) субэпидермальные
- в) пузыри в области сосочкового слоя дермы
- г) внутриэпидермальные

37. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТИТА ДЮРИНГА ПРИМЕНЯЮТ

- а) противомаларийные препараты
- б) витаминотерапия и препараты железа
- в) препараты йода и брома
- г) сульфоны и сульфаниламиды

## 38. КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

- а) вульгарный
- б) вегетирующий
- в) полосовидный
- г) гипертрофический

## 39. ПЕРВИЧНЫЙ ЭЛЕМЕНТЫ ПРИ ПСОРИАЗЕ

- а) пузырь
- б) везикула
- в) папула
- г) узел

## 40. ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА ТОКСИДЕРМИИ

- а) папулезная
- б) синдром Ядассона
- в) синдром Рейно
- г) синдром Лайелла

3.2. ФОС итоговой аттестации участников школы мастерства.

3.2.1. Вопросы для собеседования.

1) Новообразования кожи. Классификация. Клинические проявления. Тактика ведения пациентов.

2) Фотодерматозы. Классификация. Клиника. Лечение.

3) Патология ногтей. Клинические проявления. Принципы терапии.

4) Алопеции. Этиопатогенез. Клинические проявления. Методы лечения.

5) Витилиго. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.

6) Понятие о генодерматозах. Врожденный буллезный эпидермолиз. Ихтиоз. Тактика лечения.

7) Дерматозы беременных. Клинические проявления. Тактика ведения.

8) Патология кожи при нарушениях обмена. Тактика ведения пациентов

9) Патология кожи новорожденных.

3.2.2. Тестовые задания. Выберите один или несколько правильных ответов

1. В ДИАГНОСТИКЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1. Биохимический анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Общий анализ крови
4. Определение уровня кортизола
5. Серологический тест для исключения сифилиса

2. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА И ТИПА ОБЛЫСЕНИЯ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

1. Локальная
2. Субтотальная
3. Универсальная
4. Тотальная
5. Мультицентричная

3. ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ

1. Волосяных фолликулов
2. Ногтевых пластин
3. Меланоцитов
4. Сальных желез

4. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ АЛОПЕЦИИ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

1. Трихограмму/фототрихограмму
2. Дерматоскопию
3. Электронную микроскопию
4. ЭКГ

5. ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ДИФФУЗНОЕ ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

1. Стрессовых ситуациях
2. Соматических заболеваниях

3. Вирусных заболеваниях

4. Бактериальных инфекциях

6. ГНЕЗДНУЮ АЛОПЕЦИЮ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

1. Диффузной токсичной алопецией

2. Трихомикозом

3. Фолликулярной формой красного плоского лишая на голове

4. Ретикулярным облысением при сифилисе

7. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОКАЗАННЫЕ ПРИ  
ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА С ВЫПАДЕНИЕМ ВОЛОС

1. Биохимический анализ крови с определением уровня железа и ферритина

2. Определение уровня цинка, селена и меди

3. Определение уровня эндокринологических и половых гормонов

4. Определение холестерина крови

8. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ СУТОЧНАЯ НОРМА ВЫПАДЕНИЯ ВОЛОС  
ЭТО

1. До 120-150

2. 80-100

3. Более 120

4. Менее 80

9. АНДРОГЕНЕТИЧЕСКАЯ АЛОПЕЦИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО  
ОБУСЛОВЛЕНА

1. Генетической предрасположенностью

2. Гормональными нарушениями

3. Приемом лекарственных средств

4. Нарушением питания

10. ДЛЯ ВИТИЛИГО ХАРАКТЕРНЫ ТАКИЕ ПЕРВИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ  
КАК

1. Папула

2. Волдырь

3. Пятно

4. Узел

11. В ПАТОГЕНЕЗЕ ВИТИЛИГО ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ

1. Болезни легких

2. Болезни щитовидной железы

3. Нарушения нервной системы

4. Недостаточность гипофизарно-надпочечниковой системы

12. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНО ВИТИЛИГО ПРОВОДЯТ С

1. Псориазом

2. Розовым лишаем

3. Отрубевидным лишаем

4. Туберкулезом кожи

13. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО ПРИМЕНЯЮТ

1. Препараты цинка, меди, железа

2. Меладинин

3. Антибиотики

4. ПУВа - терапию

14. В ОЧАГАХ ВИТИЛИГО НА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

1. Нарушается чувствительность

2. Выпадают волосы

3. Обесцвечиваются волосы

4. Волосы завиваются

15. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ВИТИЛИГО ИСПОЛЬЗУЮТ

1. Дерматоскопию

2. Люминисцентную диагностику

3. УЗИ кожи

16. «LIP-TIP» ВИТИЛИГО ЭТО

1. Изолированное поражение губ и дистальных фаланг  
пальцев

2. Форма генерализованного витилиго
3. Форма универсального витилиго
4. Поражение губ и дистальных фаланг пальцев на фоне уже имеющихся очагов депигментации.

17. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО ЯВЛЯЮТСЯ

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

18. К НЕДЕТЕРМИНИРОВАННЫМ ФОРМАМ ВИТИЛИГО ОТНОСЯТ

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

19. ЛУЧШАЯ ФОРМА ДЛЯ НАРУЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН ЭТО

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

20. ОНИХОРЕКСИС – это

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

21. «СИМПТОМ НАПЕРСТКА» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ТАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК

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

## 22. РОСТКОВУЮ ЗОНУ НОГТЯ НАЗЫВАЮТ

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

## 23. ИЗМЕНЕНИЕ НОГТЕВОЙ ПЛАСТИНЫ ПРИ ОНИХОМИКОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. Онихографией
2. Анонихией
3. Изменением цвета
4. Появлением продольных трещин

## 24. ОНИХОГРИФОЗ ЭТО

1. Утолщение ногтевой пластины
2. Расслоение ногтевой пластины
3. Истончение ногтевой пластины
4. Отхождение пластины от ногтевого ложа

## 25. СИМПТОМ «МАСЛЯНОГО ПЯТНА» ЭТО

1. Изменение ногтевой пластины при хронической экземе
2. Изменение ногтевой пластины при псориазе
3. Размягчение ногтя при менопаузе
4. Отложение избыточного кожного сала на ногтевой пластине

## 26. КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ НОГТЕВОЙ ПЛАСТИНЫ, ПОВРЕЖДЕННОЙ МИКОЗОМ – ЭТО

1. Появление зоны роста «здорового» ногтя
2. Увеличение количества линий Бо

3. Полная замена ногтевой пластины
4. Отсутствие гиперкератотических масс

27. В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОГРИФОЗА ПРИМЕНЯЮТ

1. Удаление ногтя
2. Ботулинотерапию
3. Гравитационную хирургию
4. Топические кератолитические средства, механическую обработку

28. К ФОТОДЕРМАТОЛОЗАМ ОТНОСЯТ

1. Лихеноидный парапсориаз
2. Световая оспа
3. Ветряная оспа
4. Красный плоский лишай

29. МОНОГЕННЫЕ ГЕНОДЕРМАТОЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

1. Манифестацией в любом возрасте
2. Мультифакториальностью
3. Выздоровлением к пубертатному периоду
4. Выпадением признака в некоторых поколениях

30. ПОЛИГЕННЫЕ ГЕНОДЕРМАТОЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

1. Манифестацией сразу после рождения
2. Развитием в определенном возрасте
3. Полной пенетрантностью
4. Гендерным различием

31. ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИХТИОЗА ВКЛЮЧАЕТ

1. Паракератоз
2. Акантолиз
3. Вакуольную дегенерацию
4. Гиперкератоз

32. ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА ТИПИЧНО

1. Начало в раннем детском возрасте

2. Плод Арлекина»
- 3 Пузыри на фоне эритемы
4. Неэффективность кортикостероидной терапии

33. ИХТИОЗИФОРМНАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ БЫВАЕТ

1. Сухой
2. Генерализованной
3. Очаговой
4. Злокачественной

34. ВУЛЬГАРНЫЙ ИХТИОЗ ВКЛЮЧАЕТ ТРИАДУ

1. Гипертелоризм, эктропион, оттопыренные уши
2. Повышенную складчатость ладоней и подошв, фолликулярный гиперкератоз, шелушение
3. Эритему, фолликулярный гиперкератоз, атрофию
4. Отек, уплотнение, атрофию

35. X-ЗАВИСИМЫЙ ИХТИОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. Развитием у лиц любого пола
2. Бывает только у лиц мужского пола
3. Отличается сезонностью
4. Отсутствием поражения складок

36. ФОТОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ТИПИЧНА ДЛЯ

1. Вульгарного ихтиоза
2. Врожденного ихтиоза
3. Ламеллярного ихтиоза
4. Эритродермического ихтиоза

37. ЛЕЧЕНИЕ ИХТИОЗОВ ВКЛЮЧАЕТ

1. Антигистаминные препараты
2. Витамин А
3. Седативную терапию
4. Антибиотики

38. ПРИ ВРОЖДЕННОМ ИХТИОЗЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ  
НАЗНАЧАЮТ

1. В первые 10 дней жизни
2. В период полового созревания
3. В раннем детском возрасте
4. В любом возрасте

39. ОПРЕЛОСТИ ОБЫЧНО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ОБЛАСТИ

1. В/ч головы
2. Ладоней и подошв
3. Голеней
4. Промежности

40. ПРИЧИНОЙ ПОТНИЦЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ

1. Переохлаждение
2. Злоупотребление водными процедурами
3. Перегревание
4. Инсоляция

41. АКНЕ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ

1. Везикулами
2. Папулами
3. Узлами
4. Бугорками

42. ЛЕЧЕНИЕ АКНЕ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ

1. Антибиотиками
2. Топическими ретиноидами
3. Системными ретиноидами
4. Не проводится

43. ВРОЖДЕННАЯ АПЛАЗИЯ КОЖИ ОБУСЛОВЛЕНА

1. Родовой травмой
2. Перегреванием
3. Переохлаждением

#### 4. Генетическим дефектом

#### 44. ПОЛИМОРФНЫЙ ФОТОДЕРМАТОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. Сыпь появляется через несколько часов/суток после пребывания на солнце и спадает через 1-7 дней, не оставляя следов.
2. Сыпь появляется во время пребывания на солнце и держится несколько часов, затем исчезает бесследно
3. Сыпь появляется через несколько часов и суток после пребывания на солнце, при регрессировании оставляет рубцовую атрофию
4. Сыпь появляется через 7 дней после инсоляции и держится до 1 месяца, не реагируя на терапию

#### 45. ОДИН ИЗ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИК СОЛНЕЧНОЙ КРАПИВНИЦЫ

1. Появление волдырей только в летние месяцы
2. Поражается только кожа
3. Сыпь быстро исчезает после прекращения пребывания на солнце
4. Чаще всего поражаются руки и лицо.

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

1. Цитомегаловирус
2. Энтеровирус
3. Ротавирус
4. Вирус Эпштейна-Барр

#### 47. СВЕТОВОЙ ОСПОЙ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ

1. Девочки 1-5 лет
2. Мальчики 1-5 лет
3. Девочки 3-15 лет

4. Мальчики 3-15 лет

48. АКТИНИЧЕСКОЕ ПРУРИГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. Единичные высыпания на конечностях, асимметричные, не зудят
2. Симметричные высыпания на открытых участках тела, лихенификация, рубцы, гипопигментация, упорный зуд
3. Высыпания преимущественно на слизистых, сопровождаются болезненностью
4. Высыпания возникают в осенний период, регрессируют весной

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

1. Актинический ретикулоид, стойкая световая реакция, светочувствительная экзема
2. Полиморфный фотодерматоз, солнечная крапивница, акне Майорка
3. Солнечная крапивница, солнечная экзема, фитофотодерматит
4. Световая оспа, акне Майорка

50. ФОТОАЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ФОТОТОКСИЧЕСКОЙ СЛЕДУЮЩИМИ ПАРАМЕТРАМИ

1. Возникает через 24-72 часа, требуется более одного контакта с веществом
2. Возникает через 1-2 часа, требуется 1 контакт с веществом

51. ПРЕПАРАТ, ЧАСТО ВЫЗЫВАЮЩИЙ ФОТОАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ:

1. Кетопрофен
2. Омепразол
3. Хлоропирамин
4. Изотретиноин

52. ПРИ ЭРИТРОПОЭТИЧЕСКОЙ ПРОТОПОРФИРИИ КРОМЕ КОЖИ ПОРАЖАЕТСЯ

1. Нервная система – энцефалиты, менингоэнцефалиты
2. Воспалительные заболевания кишечника
3. Желчекаменная болезнь и гемолитическая анемия
4. Неспецифические уретриты, циститы

53. К НОВООБРАЗОВАНИЯМ КОЖИ С ВЕРОЯТНОСТЬЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ОТНОСЯТ

1. Себорейный кератоз,
2. Актинический кератоз,
3. Дерматофиброма
4. Вишневая ангиома

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

1. Синдром Лайелла
2. Синдром Лезера-Трела
3. Синдром Стивенса-Джонсона

55. К ОСОБЫМ ФОРМАМ СЕБОРЕЙНОГО КЕРАТОЗА ОТНОСЯТ

1. Актинический кератоз
2. Штукатурный кератоз
3. Асбестовидный лишай
4. Фолликулярный кератоз

56. ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ЭПИДЕРМАЛЬНОМ НЕВУСЕ

1. Кортикостероиды, кальципотриол, ретиноиды
2. Топические антибиотики
3. Антигистаминные препараты
4. Местные цитостатики.

57. НЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА ФОНЕ НЕВУСА  
САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ ВОЗНИКАЮТ В

1. 1-5% случаев
2. 5-10% случаев
3. 20-25% случаев
4. 50-55% случаев

58. ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ КОЖИ,  
ОБЛАДАЮЩЕЕ САМЫМ НИЗКИМ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ  
ПОТЕНЦИАЛОМ НАЗЫВАЮТ

1. Меланома
2. Плоскоклеточный рак кожи
3. Базальноклеточный рак кожи
4. Карцинома Меркеля

59. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЙ, САМОПРОИЗВОЛЬНО  
РЕГРЕССИРУЮЩИЙ ГИСТИОЦИТОЗ, ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ В  
РАННЕМ ДЕТСТВЕ И РЕДКО У ВЗРОСЛЫХ, ЭТО

1. Ретикулогистиоцитоз врожденный саморазрешающийся  
Хасимото-Притцкера
2. Гистиоцитоз из клеток Лангерганса
3. Мультицентрический ретикулогистиоцитоз
4. Ювенильная ксантогранулема

60. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НЕВУСОВ ШПИЦ В  
ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 12 ЛЕТ

1. Динамическое наблюдение
2. Инцизионная биопсия
3. Цитологическое исследование
4. Эксцизионная биопсия

61. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ СОСУДИСТАЯ НЕОПЛАЗИЯ, КОТОРАЯ  
НАБЛЮДАЕТСЯ ПРАКТИЧЕСКИ У ВСЕХ ЛЮДЕЙ СТАРШЕ 30 ЛЕТ

1. Пиогенная гранулема
2. Бациллярный ангиоматоз
3. Вишневая ангиома
4. Лимфангиома

62. ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НЕВУСОВ

1. Бело-голубая вуаль,
2. Негативная сеть
3. Типичная сеть
4. Структуры регресса

63. ДЕБЮТ ВЫСЫПАНИЙ В ОБЛАСТИ ЖИВОТА, ЧАСТО НА СТРИЯХ ИЛИ ВОКРУГ НИХ, С ОТСУТСТВИЕМ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ В ПУПОЧНОЙ ЯМКЕ, ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1. Атопический дерматит беременных,
2. Пемфигоид беременных
3. Внутрпеченочный холестааз
4. Полиморфный дерматоз беременных

64. ПИГМЕНТНЫЕ ПЯТНА, ВОЗНИКАЮЩИЕ У БЕРЕМЕННЫХ НА ЛИЦЕ, ШЕЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ СОЛНЕЧНЫХ ЛУЧЕЙ, КОТОРЫЕ ПОСТЕПЕННО ИСЧЕЗАЮТ ПОСЛЕ БЕРЕМЕННОСТИ НАЗЫВАЮТ

1. Лентиго
2. Себорейный кератоз
3. Хлоазма
4. Токсическая меланодермия

65. ХАРАКТЕРНАЯ ОСОБЕННОСТЬ РОСТА ВОЛОС В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

1. Переход большей части волос в фазу анагена
2. Переход большей части волос в фазу телогена
3. Переход большей части волос в фазу катагена

## 66. ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПОЛИМОРФНОГО ДЕРМАТОЗА БЕРЕМЕННЫХ

1. Потеря иммунной привилегии в результате перерастяжения соединительной ткани
2. Инфекционные процессы в коже
3. Обусловлено действием отцовских генов
4. Аллергическая реакция на прогестерон

## 67. ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФНОГО ДЕРМАТОЗА БЕРЕМЕННЫХ НА ПЛОД

1. Возможна внутриутробная гибель плода,
2. Провоцирует развитие множественных пороков развития,
3. Вызывает задержку внутриутробного развития,
4. Безопасен для плода

## 68. РЕЦИДИВ ПРИ ПОСЛЕДУЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЯХ ПРИ ПОЛИМОРФНОМ ДЕРМАТОЗЕ

1. Рецидивирует при последующих беременностях
2. При последующих беременностях не наблюдается

## 69. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРИ

1. Полиморфном дерматозе беременных
2. Пемфигоид беременных
3. Почесуха беременных
4. Внутрипеченочный холестаз

## 70. ЛЕЧЕНИЕ ПЕМФИГОИДА БЕРЕМЕННЫХ:

1. Антибиотики из группы макролидов
2. Системные кортикостероиды
3. Цитостатики
4. Иммуноterapia

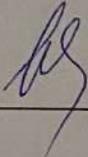
## 72. ЛЕЧЕНИЕ ПРИРИГИНОЗНОГО Фолликулита беременных:

1. Адапален
2. Эритромицин
3. ТГКС+ эмоленты
4. Циндол

73. НАЛИЧИЕ ВТОРИЧНЫХ ЭКСКОРИАЦИЙ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПЕРВИЧНЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. Пруриго беременных
2. Холестаз беременных
3. Атопический дерматит беременных
4. Болезнь Фокса-Фордайса

Руководитель  
школы мастерства

 , Сердюкова Е.А.