

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
образования  
«Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ДЕРМАТОЛОГИЯ В СТОМАТОЛОГИИ**

Специальность 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия  
*код, наименование*

Кафедра: кожных и венерических болезней

Форма обучения: очная

Нижний Новгород  
2023

### 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Дерматология в стоматологии» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Дерматология в стоматологии». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

### 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Дерматология в стоматологии» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

### 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5	Текущий	Раздел 1. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики инфекционных болезней.	
		Раздел 2. Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний с экзантемами	Тестовые задания
УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Ситуационные задачи

### 4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестовых заданий и ситуационных задач

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций: УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5

<b>Тестовые задания с вариантами ответов</b>
<b>К триаде симптомов, характерной для дискоидной формы красной волчанки относятся:</b>

<p>а) Алопеция+эритема+атрофия  б) Фолликулярный гиперкератоз+гиперпигментация+алопеция  в) Эритема+гиперпигментация+атрофия  г) Эритема+фолликулярный гиперкератоз+атрофия</p>
<p><b>При кандидозе складок характерным цветом очага является:</b>  а) Малиновый  б) Кирпично-красный  в) Синюшный  г) Розовый</p>
<p><b>При лечении периорального дерматита целесообразно:</b>  а) Назначение топических ГКС  б) Отмена топических ГКС  в) Назначение системной антибиотикотерапии  г) Использование только системной терапии ретиноидами</p>
<p><b>Саркома Капоши чаще развивается как сопутствующий процесс при:</b>  а) Гипертиреозе  б) ВИЧ-инфекции  в) Кандидозе  г) Опоясывающем герпесе</p>
<p><b>Для ограниченной склеродермии характерно:</b>  а) Появление очагов локального воспаления (эритемы, отека) с последующим формированием в них склероза  б) Острое воспаление с последующим формированием липоатрофии  в) Хроническое воспаление подкожной жировой клетчатки  г) Острое воспаление сосудов дермы</p>
<p><b>К клиническим проявлениям, характерным для острой экземы относится:</b>  а) Мокнутие  б) Инфильтрация и усиление кожного рисунка пораженного участка  в) Трещины мелопластинчатое шелушение  г) Изменение ногтевых пластинок</p>
<p><b>Для обнаружения возбудителя эритразмы рекомендуется:</b>  а) ПЦР  б) Микроскопическое исследование  в) Культуральное исследование  г) Серологическое исследование</p>
<p><b>Наличие «сетевидного рисунка» на поверхности папул при красном плоском лишае называется:</b>  а) Симптом Пospelова  б) Симптом Уикхема  в) Симптом Бенъе  г) Симптом Мещерского</p>
<p><b>При кандидозе складок характерным цветом очага является:</b>  а) Малиновый  б) Кирпично-красный  в) Синюшный  г) Розовый</p>
<p><b>При лечении периорального дерматита целесообразно:</b>  а) Назначение топических ГКС  б) Терапия топическими ингибиторами кальциневрина  в) Назначение системной антибиотикотерапии</p>

г) Использовании системной терапии ретиноидами
<b>В каком возрасте может развиваться синдром Стивенса-Джонсона?</b> а) В младенческом б) В юношеском в) У лиц старше 40 лет г) В любом возрасте
<b>К элементам характерным для вульгарной пузырчатки относятся:</b> а) папулы, эскориации б) пузыри, эрозии в) везикулы, корочки г) волдыри
<b>К поражениям кожи при раннем врожденном сифилисе относятся</b> а) Инфильтрация Гохзингера б) сетка Уикхема в) Триада Гетчинсона г) папулы Готтрона
<b>Основным субъективным симптомом опоясывающего герпеса является:</b> а) Боль б) Сухость кожных покровов в) Парестезии г) Щекотание
<b>Гнойное воспаление устьев мерокриновых потовых желез это</b> а) Фурункул б) Целлюлит в) Карбункул г) Везикулопустулез (перипорит, остеопорит)
<b>Для лечения розового лишая целесообразно назначать</b> а) ограничение приема водных процедур, б) ГКС в) противогрибковые препараты г) НПВС
<b>в содержимом пузыря при дерматозе Дюринга обнаруживаются</b> а) Эозинофилы б) Нейтрофилы в) Базофилы г) Лейкоциты
<b>Chlamydia trachomatis, кроме урогенитальной хламидийной инфекции, является возбудителем:</b> а) трахомы, венерической лимфогранулемы б) пиодермии в) гонореи г) сифилиса
<b>Для лечения эритразмы используется:</b> а) гидрокортизон б) азелаиновая кислота в) аспирин г) эритромицин
<b>симптом «возникающей болезненности при поскабливании чешуек» при красной волчанке называется</b> а) симптом Пospelова б) симптом Соболева

<p>в) симптом Бенье-Мещерского г) симптом Пастернацкого</p>
<p><b>Препаратами первой линии для лечения аллергического контактного дерматита являются:</b></p> <p>а) топические ГКС б) топические НПВС в) анилиновые красители г) фототерапия</p>
<p><b>Рубцы после заживления гумм при третичном сифилисе имеют вид:</b></p> <p>а) втянутых б) звездчатых в) плоских г) «мозаичных»</p>
<p><b>Урогенитальный кандидоз имеет природу:</b></p> <p>а) Бактериальную б) Вирусную в) Грибковую г) Инфекционно-аллергическую</p>
<p><b>Для лечения контактного ирритантного пеленочного дерматита препаратом выбора является:</b></p> <p>а) Декспантенол б) Клотримазол в) Азелаиновая кислота г) Вазелин</p>
<p><b>Лечение микроспории считается законченным при</b></p> <p>а) Получении трех отрицательных результатах микроскопического исследования б) Снижения уровня СОЭ в) Отсутствии субъективных жалоб пациента г) Отсутствии внешних кожных проявлений</p>
<p><b>Витилиго характеризуется нарушением</b></p> <p>а) потоотделения б) салоотделения в) меланогенеза г) терморегуляции</p>
<p><b>Характерной особенностью розового лишая Жибера является</b></p> <p>а) положительный симптом Никольского б) симптом Арди-Горчакова в) наличие «материнской» бляшки г) наличие ходов</p>
<p><b>. Возникновению микробной экземы способствует:</b></p> <p>а) алергоанамнез б) варикозная болезнь в) очаги хронической инфекции г) лекарственная непереносимость</p>
<p><b>Причинами возникновения многоформной экссудативной эритемы могут являться:</b></p> <p>а) инсоляция б) прием лекарственных препаратов в) ожоговое поражение г) грубая одежда</p>

**Возбудителем эритемы является:**

- а) дерматомицеты
- б) грибы рода кандиды
- в) вирус простого герпеса
- г) коринебактерии

### 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: ситуационные задачи.

5.1.1 Ситуационные к зачёту по дисциплине «Дерматология в стоматологии»:

### ВОПРОСЫ

и кожи рук, сопровождающиеся зудом постоянного характера в течение суток. Отмечает появление новых элементов послеоперационного рубца. Сама связывает появление высыпаний с перенесенным стрессом. Находится на учете у ревматолога. При осмотре суставов и в области кожи поясницы определяется монотипная сыпь. Первичный морфологический элемент: папула. При обработке папул вазелиновым маслом на их поверхности определяются белесовато-опаловые тонкие и перламутровые включения. При увеличении (10х) определяются мелкие множественные папулы, визуально напоминающие листья папоротника.

анамнеза: появление первых признаков заболевания после перенесенного стресса и аппендэктомии, когда на коже появились высыпания. Локализация патологического процесса: поражение слизистых и кожных покровов: высыпания на слизистой оболочке полости рта. Первичным морфологическим элементом которой является мелкая плоская полигональная папула с вдавленной центральной частью.

распространенностью воспалительного процесса, положительной изоморфной реакцией, постоянным подсыпанием элементов сыпи.

жалоб, клинической картины заболевания), не указаны подтверждающие критерии активности процесса.

клинического обследования, поэтому дополнительного обследования не требуется.

форм, типичные элементы красного плоского лишая: эрозивно-язвенной и фолликулярной форм, характерных очагов поражения.

данном клиническом случае

данной клинической ситуации - верный ответ, однако нет обоснования.

абсолютно неподходящие диагнозу методики обследования

изолированной топической терапии кортикостероидами, системной терапии или системных и топических глюкокортикоидами.

нии зависит от степени выраженности и локализации клинических проявлений, формы и длительности заболевания, ограничивающимся высыпаниями типичной формы красного плоского лишая, не сопровождающимися субъективными ощущениями. Лечение проводится с помощью системных противовоспалительных кортикостероидных препаратов. При необходимости используются также иммуносупрессивные и топические препараты, учитывая распространенность процесса и его остроту проявлений.

ное.

а о дальнейшей тактике лечения необходимо проведение каких лабораторных исследований?

цы, холестерин, общий белок);

е исследования

## ВОПРОСЫ

сти кожи туловища, сопровождающуюся незначительным зудом.

ия после переохлаждения по поводу которой пациент получал системную антибактериальную терапию. Отмечает, что использовались антигистаминные препараты и энтеросорбенты. Однако, несмотря на проводимую терапию, процесс распространения высыпаний продолжается. Высыпания локализованы на туловище, с локализацией по линиям натяжения кожи (линиям Лангера). Пятна розового цвета с желтоватым оттенком, имеют более интенсивный по периферии воспалительный край, визуально напоминает медальон.

перенесенной инфекцией, переохлаждение, нарушение общего состояния) и клинической картине заболевания (наличие системных признаков)

нциально - диагностического клинического анализа и лабораторного обследования)

заболевания и в чем принципиальные отличия от розового лишая Жибера?

я элементов по линиям Лангера, элементы локализуются в местах максимального скопления сальных желез, отсутствуют папулезные элементы. Характер высыпаний не пятнистый, а папулезного характера, локализация высыпаний на волосистой части головы, лице, разгибательных поверхностях конечностей.

ьного бледно-розового цвета пятна, более бледные, наличие других клинических признаков сифилиса и положительные результаты серологического исследования обнаруживаются возбудители микоза).

заболевания или не полностью объяснены критерии дифференциальной диагностики заболеваний

заболевания. Неосложненное течение розового лишая лечения не требует. Больным рекомендуется ограничить контакт с шерстью животных и с одеждой из шерсти или синтетики.

При аллергических проявлениях, экзематизации, наличии зуда показана терапия.

глюкокортикоидные препараты

## ВОПРОСЫ

Появились высыпания на коже туловища после перенесенного стресса. В течение месяца появлялись новые элементы, а также на разгибательной поверхности локтевых суставов и на коже головы появились незначительные шелушащиеся высыпания.

Высыпания множественными папулами округлых очертаний от 0.3 до 0.8 см в диаметре и единичные бляшки округлых очертаний с множественными серебристыми чешуйками.

После перенесенного стресса, наличие высыпаний в типичных местах типичных по морфологии, вероятно наличие генетической предрасположенности, постоянным ростом старых элементов, наличием по периферии венчика воспалительного инфильтрата без серозных корочек.

Наличие признаков, выявления симптомов псориазической триады, наличия феномена Кебнера в прогрессирующей стадии. Проведение биоптата пораженной кожи.

Выводы. Необходимости проводить гистологическое исследование в данной ситуации нет.



ксирующийся.

с салициловой кислотой назначается при выраженном шелушении кожи. Применение топических глюкокортикоидов при псориазе, в том числе проблемных локализаций.

**дов**

юдаться такие побочные реакции, как фолликулит, угревидные высыпания, вторичные инфекции, гипертрихоз, и

ивести к развитию розацеа, периорального дерматита и акне, атрофии с большей вероятностью.

## **А ВОПРОСЫ**

ешинки с обломанными волосами. Не лечились, к врачам не обращались. Постепенно очаги увеличивались в размерах, переходили на гладкую поверхность головы, в затылочной области, с тенденцией к периферическому росту, с асбестовидным серым

ментов, типичная локализация процесса, минимальный зуд) и клинической картины заболевания (округлой формы)

**диагноза**

данных клинической картины и результатах лабораторных и инструментальных исследований. У пациента типич

е всегда, только с целью правильного проведения противоэпидемических мероприятий. В данной ситуации необхо

вляется препаратом выбора при данной форме микроспории и как его назначить правильно?  
стных и местных антимикотических препаратов.

ельного масла 12,5 мг на кг массы тела в сутки в 3 приема ежедневно до второго отрицательного микроскопическо  
ия, проводимого с интервалами 5-7 дней.

икотиков?

дели) (АЛТ, АСТ, билирубин общий).

## ВОПРОСЫ

блысения. Субъективных ощущений нет. В квартире у больного имеется маленький котенок, недавно приобретенный  
ми величиной до 2 см, округлых очертаний, с тенденцией к периферическому росту. В очагах облысения кожа с ме  
формы, с приподнятым периферическим воспалительным валиком. В области воспалительного валика множественны

локализация процесса, отсутствие субъективных ощущений, рост элементов с течением времени, округлая фор

льтатах лабораторных и инструментальных исследований. У пациента типичные клинические проявления забеле  
– зеленоватое свечение .

всегда, только с целью правильного проведения противоэпидемических мероприятий. В данной ситуации необхо

стных и местных антимикотических препаратов.

ительного масла 12,5 мг на кг массы тела в сутки в 3 приема ежедневно до второго отрицательного микроскопического исследования, проводимого с интервалами 5-7 дней.

ер: кетоконазол крем, мазь 1-2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель, до получения отрицательного результата

#### *Мероприятия для установления диагноза*

ческие, в т.ч. соблюдение мер личной гигиены, и дезинфекционные мероприятия (профилактическая и очаговая дезинфекция и лечения больного: на дому, в детских и медицинских организациях.

проводятся в ветеринарных лечебницах, на зоологических выставках, в парикмахерских, банях, саунах, санитарных пунктах.

#### **ВОПРОСЫ**

к врачу с жалобами на многочисленные пятнистые элементы на коже туловища, которые он заметил после пребывания на солнце. На туловище располагаются многочисленные гипопигментированные пятнистые элементы с четкими границами, сливающиеся в крупные пятна цвета кофе с молоком, с четкими границами, склонные к слиянию. Поверхность элементов покрыта отрубевидными чешуйками.

на туловище после пребывания на солнце, наличие предрасполагающего фактора в виде повышенной потливости (гипергидроз).

ветного лишая окрашиваются йодом более интенсивно за счет пропитывания отрубевидных чешуек)

диagnosis устанавливается на основании результатов осмотра в лучах люминесцентной лампы Вуда по характерному жёлтому свечению. Для подтверждения диагноза используют 10-20% раствором едкого калия (KOH) с 20-минутной экспозицией, обнаруживают элементы гриба (короткие нити мицелия).

рада)

атов местного и системного действия, в зависимости от распространенности процесса.  
и больного, головных уборов, нательного и постельного белья кипячением в 1% мыльно-содовом растворе и 5-кратн

пользовать местные препараты для лечения:  
ия клинических проявлений (в течение 3 недель)

## **ВОПРОСЫ**

х пластинок на ногах. Проблема стала беспокоить достаточно давно, около 10 лет назад, когда впервые подобные из  
цвета, утолщены и частично разрушены со свободного края, на коже стоп выраженный гиперкератоз и муковидное п

чная динамика развития заболевания, медленное типичное распространение процесса и характерная клиническая

онных исследований - проведения микроскопического исследования поражённых ногтевых пластин, соскоба чешуе  
тических препаратов. В связи с этим рекомендовано проведение биохимического исследования сыворотки крови:  
абета.

татами.

параты (при отсутствии противопоказаний для назначения данных препаратов у пациента): итраконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки после еды в течение 3 месяцев при онихомикозе кистей и в течение 4 месяцев при онихомикозе стоп. Также могут применять один из препаратов:

изводят отслодку рогового слоя эпидермиса.

раза в сутки наружно в течение 4 недель, кетоконазол, крем, мазь 1–2 раза в сутки наружно до разрешения клинических симптомов.

### **Методы установления диагноза**

и, потертостей, устранения гипергидроза, сухости кожи, плоскостопия и др.

ного излечения.

### **ВОПРОСЫ**

ногтевых пластинок на ногах. Проблема стала беспокоить достаточно давно, около 10 лет назад, когда впервые появились симптомы.

цвета, утолщены и частично разрушены со свободного края, на коже стоп выраженный гиперкератоз и муковидное отделяемое.

ичная динамика развития заболевания, медленное типичное распространение процесса и характерная клиническая картина.

рных исследований - проведения микроскопического исследования поражённых ногтевых пластин, соскоба чешуек с поражённых участков кожи на предмет выявления патогенных микроорганизмов. В связи с этим рекомендовано проведение биохимического исследования сыворотки крови на уровень глюкозы и холестерина.

атами.

параты (при отсутствии противопоказаний для назначения данных препаратов у пациента): итраконазол 200 мг перорально 1 раз в сутки после еды в течение 3 месяцев при онихомикозе кистей и в течение 4 месяцев при онихомикозе стоп. Также возможно применение одного из препаратов:

вызывают отслойку рогового слоя эпидермиса.

1-2 раза в сутки наружно в течение 4 недель, кетоконазол, крем, мазь 1-2 раза в сутки наружно до разрешения клинических симптомов.

### **После установления диагноза**

лечения: устранение гипергидроза, сухости кожи, плоскостопия и др. факторов, способствующих рецидиву заболевания. Полного излечения.

### **ВОПРОСЫ**

обнаружены очаги в крупных складках на коже, которые его особо не беспокоили, иногда – легкий зуд. Ухудшение состояния в летний период года, возраст, несоблюдение личной гигиены.

очагах резко отграниченные слабовоспалительного характера пятна, красно-коричневого цвета, округлых очертаний с четкими границами.

в анамнезе: предрасполагающие факторы (ухудшение в летний период года, возраст, несоблюдение личной гигиены, использование обуви из синтетических материалов).

возможные причины: дерматофитией, псориазом, кандидозом

возможные причины: дерматофитией, псориазом, кандидозом, грибковой инфекцией (например, дрожжевыми грибами рода *Candida*, грамположительные изогнутые коринебактерии), кораллово-красного или кирпично-красного свечения под лампой Вуда (например, *Malassezia* spp.).

ия: фузидовая кислота, эритромициновая мазь 2 раза в сутки наружно, втирать в очаги поражения в течение 7 дней.  
диабета – системные антибиотики.

ение правил личной гигиены.

ного и постельного белья кипячением в 1% мыльно-содовом растворе и проглаживанием горячим утюгом во влажн

## А ВОПРОСЫ

головки полового члена.

одой человек самостоятельно, без назначения врача начал принимать ципрофлоксацин по 250 мг 2 раза в сутки 10 д  
розивные дефекты, творожистый налет, субъективно беспокоит интенсивный зуд и жжение в области головки поло

вания: из анамнеза известно, что пациент употреблял системные антибактериальные препараты, на фоне которых

од, возникший на фоне системной антибактериальной терапии

еза, жалоб, клинической картины заболевания), не указаны подтверждающие критерии остроты процесса

лабораторных исследований: микроскопического исследования нативных препаратов, препаратов с добавлением 10%  
ся дрожжевых клеток). Чувствительность микроскопического исследования составляет 65-85%, специфичность (пр  
Обследовать и лечить половых партнеров не нужно.

ческой картины и лабораторных исследований диагноз урогенитального кандидоза.

тимикотиков.

бласть поражения в течение 7 дней, при недостаточности терапии или при повторных эпизодах возможно назначен

контроль излеченности?

окончания лечения.

азаны правильно

азаны частично правильно

азаны неправильно

## А ВОПРОСЫ

е высыпаний на коже туловища, сопровождающихся незначительным зудом.

сенной ОРВИ. Через некоторое время они побледнели, приобрели буровато-синюшный оттенок. Субъективно не зуд. Самостоятельно пыталась лечиться детским кремом, без эффекта.

ато-синюшного цвета, округлых очертаний, с четкими границами, одно 4 см, другое 6 см в диаметре. Периферическ

нной токсидермии, при этом выясняется: наличие сходных симптомов в анамнезе; прием лекарственных препаратов в анамнезе и клинической картины заболевания (простудные заболевания, по поводу которых пациентка принимала жаропонижающие препараты). Высыпания могут долго сохраняться и после отмены препарата и затем появляться в том же месте при повторном его приеме.

енений.

антигистаминных препаратов нового поколения.

о причине заболевания для исключения этого фактора из разрешенных к применению фармакологических средств.

*венного препарата?*

ная эритема, синдром Лайелла ит.д.



## 6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета:

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик:

Шливно Ирена Леонидовна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023г.