Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 29.01.2024 11:18:37
Уникальный программный ключ:
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

29 августа 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА (БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)»

Специальность	31.08.32 Дерматовенерология
Квалификация	врач-дерматовенеролог
Форма обучения	очная
Срок освоения ОПОП	2 года
Кафедра	дерматовенерологии

Санкт-Петербург
2023 г.

1. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

1.1. Цели и задачи практики

Цели практики:

1. Закрепление теоретических знаний по специальности 31.08.32 Дерматовенерология, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре; формирование профессиональных компетенций врача-дерматовенеролога; приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач для последующей самостоятельной работы в должности врача-дерматовенеролога.

2. Формирование профессиональных компетенций (умений и навыков), необходимых для оказания экстренной медицинской помощи в объеме первой врачебной помощи (базового реанимационного пособия) при остановке дыхания и кровообращения и навыками осмотра и выполнения диагностических и лечебных манипуляций, в соответствии с разделом «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» приказа МЗ РФ № 541н от 23.07.2010 «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», а также формирование умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы врача-дерматовенеролога.

Задачи практики

Сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

1. К осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК–1);
2. К проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК–2);
3. К проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК–3);
4. К применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК–4);
5. К определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК–5);
6. К ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК–6);
7. К оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК–7);
8. К применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК–8);
9. К формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК–9);
10. К применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК–10);
11. К участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК–11);
12. К организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК–12).

1.2. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Производственная (клиническая) практика (базовая часть) относится к базовой части Блока 2 «Практики» ОПОП ВО по специальности 31.08.32 Дерматовенерология**.**

Производственная (клиническая) практика (базовая часть) проводится непрерывно в комплексе с теоретической подготовкой.

Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки, формируемые дисциплинами:

Дерматовенерология:

Знания: анатомо-физиологических, возрастных и половых особенностей здорового и больного человека; основных диагностических методов заболеваний кожи и ее придатков; этиопатогенеза, классификации, клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений терапии заболеваний кожи и ее придатков и инфекций, передающихся половым путем; принципов медикаментозного лечения, фармакокинетики и фармакодинамики основных групп лекарственных средств; принципов использования немедикаментозной терапии, физиотерапии.

Умения: получить информацию о проблеме пациента, установить возможные причины с учетом влияния на организм социальных, наследственных, профессиональных, возрастных и климатических факторов; проводить функциональные, лабораторные и инструментальные исследования, давать им оценку, при необходимости привлекать консультантов; распознать особенности клинического течения, выявлять осложнения и сопутствующие заболевания; проводить дифференциальную диагностику, формулировать и обосновать клинический диагноз; выбрать тактику ведения с учетом индивидуальных и патогенетических особенностей, показаний и противопоказаний, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и функциональной диагностики, для выявления патологических процессов в органах и системах; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач; анализировать медицинскую информацию.

Навыки: владения лабораторными и инструментальными методами, медико-технической аппаратурой, используемой в исследовании и работе с пациентами; постановки диагноза на основании клинических данных и результатов лабораторного исследования; принципов этиотропной терапии заболеваний кожи и ее придатков и инфекций, передающихся половым путем.

Медицина чрезвычайных ситуаций:

Знания: принципов организации лечебно-эвакуационных мероприятий в ЧС, порядок организации развертывания и работы учреждений здравоохранения в условиях массового поступления пострадавших в ЧС; особенности патологии у пострадавших в ЧС; основные способы и принципы защиты населения в ЧС; содержание и порядок проведения противоэпидемических мероприятий в ЧС.

Умения: проводить медицинскую сортировку пострадавших в ЧС, проводить мероприятия по перестройке работы учреждения здравоохранения для приема пострадавших в ЧС; оказывать медицинскую помощь пострадавшим в ЧС; организовать мероприятия по защите населения в ЧС в т.ч. по противоэпидемической защите.

Навыки: методикой проведения медицинской сортировки в ЧС; навыками в организации оказания медицинской помощи в ЧС; основные способы защиты населения в ЧС.

Патология:

Знания: знать основные патологические симптомы и синдромы заболеваний.

Знать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Знать основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний.

Умения: Уметь выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы.

Уметь анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях. Уметь выявлять неотложные и угрожающие жизни состояния.

Навыки: Владеть навыками анализа и структуризации выявленных у пациентов патологических симптомов и синдромов с учетом законов течения патологии и закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях. Владеть навыками постановки и рубрификации диагноза в соответствии с МКБ.

Общественное здоровье и здравоохранение:

Знания: взаимоотношения «врач-пациент», взаимоотношения в коллективе; морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, основы современного медицинского законодательства; принципы ведения дискуссий в условиях плюрализма мнений и основные способы разрешения конфликтов; основные направления психологии, психологию личности и малых групп; основные принципы маркетинга медицинских услуг; основные направления психологии, психологию личности и малых групп; основы организации профилактики; основы организации медицинской деятельности; основы применения статистического метода; возможности использования статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций.

Умения: обеспечивать рабочие отношения с другими членами коллектива; организовать работу младшего и среднего медицинского персонала в медицинских организациях; применять нормы законодательства в конкретных практических ситуациях; соблюдать и защищать права врачей и пациентов; соблюдать правила поведения врача с позиций современного маркетинга; планировать собственную деятельность и работу рабочей группы; давать распоряжения персоналу; осуществлять контроль исполнения; проводить базовую статистическую обработку данных; анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды.

Навыки: изложения собственной точки зрения, анализа и логического мышления, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, применения принципов врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общения с людьми; формирования приказов; формирования планов, принятия решений; применения показателей, характеризующих состояние здоровья населения, и результатов деятельности организаций и подразделений здравоохранения, навыками владения методикой расчета показателей медицинской статистики.

Педагогика

Знания: нормативно-правовой базы организации обучения по направлению здравоохранение, психологических основ обучения, основных принципов дидактики; психологических аспектов мотивации к сохранению здоровья, основных понятий теории личности.

Умения: планировать проведение семинарских и практических занятий; планировать проведение профилактических встреч.

Навыки: подготовки правильно построенных презентаций для использования в учебном процессе; подготовки правильно построенных презентаций для использования в просветительной работе.

А также знания, умения и навыки, формируемые дисциплинами по выбору вариативной части ОПОП ВО.

1.3. Место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)» проводится на 1–2 курсах.

Производственная (клиническая) практика (базовая часть) может проводиться в структурных подразделениях Института в аудиториях, оборудованных мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Производственная (клиническая) практика (базовая часть) может проводиться в организациях, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее – профильная организация). В этом случае организация практической подготовки обучающихся в форме практики осуществляется на основании договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между Институтом и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья.

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья (при наличии) выбор мест прохождения практик осуществляется с учетом состояния здоровья и требований по доступности.

1.4. Способы проведения практики

Способы проведения производственной (клинической) практики (базовая часть):

– стационарная;

– выездная.

Стационарная практика проводится в Институте или в иных профильных организациях и учреждениях, расположенных на территории города Санкт-Петербург.

Выездной является практика, которая проводится за пределами места нахождения Института.

1.5. Роль производственной (клинической) практики (базовая часть) в формировании компетенций выпускника

Производственная (клиническая) практика (базовая часть) участвует в формировании у выпускников следующих профессиональных компетенций: ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12.

1.6. Требования к результатам освоения практики

№ п/п	Компетенции		В результате практики обучающиеся должны:		
	Индекс	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	**ПК-1**	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных	принципы организации работы отделений профилактики, центров здоровья,	применять нормативно-правовую базу в медицинской профилактике;	методами оценки природных и медико-социальных

		на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	формы и методы профилактического консультирования по вопросам медицинской профилактики основных неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни; уровни и методы первичной профилактики, методы диагностики и профилактики инфекционных заболеваний кожи и слизистых оболочек, ИППП.	предпринимать меры профилактики направленные на предупреждения возникновения или распространения, использовать знания по профилактике болезней кожи и ИППП использовать различные формы мотивации, обучения, консультирования в области формирования здорового образа жизни и навыков медицинской профилактики	факторов среды в развитии болезней, их коррекции, давать рекомендации по здоровому питанию, мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастно-половых групп и состояния здоровья, навыками проведения гигиенического воспитания в формировании здорового образа жизни населения, самостоятельной разработки программ и проектов популяционной и индивидуальной профилактики.
2	**ПК-2**	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	Принципы ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации, требования и правила получения информированного согласия на диагностические процедуры правила составления диспансерных групп; основные принципы диспансеризации больных с заболеваниями кожи и ИППП	провести общеклиническое исследование по показаниям, выяснить жалобы пациента, собрать анамнез заболевания и жизни, заполнить документацию; провести диспансерный осмотр пациента, сформировать диспансерные группы	навыками осуществления санитарно-просветительской работы со взрослым населением, направленной на пропаганду здоровья, предупреждение заболеваний кожи, навыками заполнения учетно-отчетной документации, навыками оформления информированного согласия, методами контроля за эффективностью диспансеризации

3	**ПК-3**	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Принципы организации противоэпидемических мероприятий в КВД в случае распространения особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	использовать знания по проведению противоэпидемических мероприятий при работе в КВД	методами, обеспечивающими защиту сотрудников и пациентов КВД при распространении особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях
4	**ПК-4**	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	порядок практического применения социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков с целью анализа рисков и заболеваемости; методы ведения медицинской учетно-отчетной документации в КВД	собирать, рассчитывать и анализировать основные показатели здоровья взрослых и подростков; работать с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну; вести медицинскую документацию, в том числе и в электронном виде, при работе в КВД.	навыками ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации и сбора информации о заболеваемости населения; навыками расчета и анализа статистических показателей, характеризующих состояние здоровья взрослых и подростков при работе в КВД.
5	**ПК-5**	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацие	современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных с инфекционными и неинфекционными заболеваниями кожи, необходимые для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем,	выбирать и использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики заболевания и	владеть методами обследования (расспрос, сбор объективной и субъективной информации) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов при кожных

		й болезней и проблем, связанных со здоровьем	связанных со здоровьем	патологических процессов; оформлять медицинскую документацию. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования.	заболеваниях; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза пациентам на основании Международной классификации болезней
6	**ПК-6**	готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями	основные характеристики лекарственных препаратов, используемых в дерматовенерологии, показания и противопоказания к их назначению, показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов; методы лечения заболеваний, согласно установленным стандартам.	Проводить лечебные мероприятия при неинфекционных болезнях кожи, инфекционных и паразитарных болезнях кожи, микозах, инфекциях, передаваемых половым путем, осуществить выбор и обосновать необходимость применения лекарственных средств.	алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий при неинфекционных болезнях кожи, инфекционных и паразитарных болезнях кожи, микозах, инфекциях, передаваемых половым путем; оценки тяжести состояния больного: определения объема первой и неотложной помощи и оказания ее; выявления показания к срочной или плановой госпитализации; составления обоснованного плана лечения; выявления возможных

					осложнений лекарственной терапии; коррекции плана лечения при отсутствии эффекта или развитии осложнений; своевременно выявлять жизнеопасные нарушения
7	**ПК-7**	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Особенности патологии у пострадавших в ЧС, алгоритмы оказания неотложной помощи и сердечно-легочной реанимации	Оказывать медицинскую помощь пострадавшим в ЧС, в том числе оказывать неотложную помощь и проводить сердечно-легочную реанимацию	Навыками в организации оказания медицинской помощи в ЧС, навыками оказания неотложной помощи и навыками проведения сердечно-легочной реанимации
8	**ПК-8**	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	основные подходы к рекомендациям и назначению оптимального режима питания, труда, отдыха в зависимости от морфофункционального статуса; определять показания и противопоказания к назначению физиотерапии, рефлексотерапии, фототерапии, гомеопатии и других средств немедикаментозной терапии при медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями кожи, слизистых оболочек; механизм лечебно-реабилитационного воздействия физиотерапии,	обосновать выбор физиотерапевтического воздействия, природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии; предпринимать меры профилактики осложнений при физиотерапевтическом лечении; лекарственной, немедикаментозной терапии в рамках медицинской реабилитации; разработать оптимальную тактику медицинской реабилитации с использованием физиотерапевтических методов, природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной	осуществлять реабилитационные мероприятия методами физиотерапии, лекарственной, немедикаментозной терапии использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов немедикаментозной терапии с учетом современных подходов к назначению средств при медицинской реабилитации

			рефлексотерапии, фототерапии, гомеопатии и других средств немедикаментозной терапии; использовать основные курортные факторы при лечении пациентов дерматологического профиля;	терапии	
9	**ПК-9**	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	основные принципы концепции здорового образа жизни; методики проведения среди населения санитарно-просветительской деятельности; задачи и роль врача-дерматовенеролога в формировании мотивации у пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	проводить среди пациентов разъяснительную работу о роли здорового образа жизни в профилактике распространения кожных заболеваний и ИППП	владеть навыками проведения мероприятий, направленных на формирования у населения принципов здорового образа жизни
10	**ПК-10**	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в городских и районных КВД и их структурных подразделениях; основы организации профилактики; основы организации медицинской деятельности	принимать решения при работе со средним и младшим медицинским персоналом и иными сотрудниками при работе в КВД	информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированн ого согласия»; общения с пациентами и их родственниками; формирования приказов; формирования планов, принятия решений; работы с показателями, характеризующи ми состояние здоровья населения и результатами деятельности организаций здравоохранения и их

					подразделений
11	**ПК-11**	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	принципы сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и детей; основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, в части, касающейся организации медицинской помощи в учреждениях здравоохранения амбулаторного звена	применять методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья; применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, в части, касающейся организации медицинской помощи в учреждениях здравоохранения амбулаторного звена	сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и детей; работы в прикладных программах, используемых для расчетов в лечебно-диагностической и организационно управленческой деятельности в учреждениях здравоохранения амбулаторного звена
12	**ПК-12**	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Принципы организации лечебно-эвакуационных мероприятий в ЧС, порядок организации развертывания и работы учреждений здравоохранения в условиях массового поступления пострадавших в ЧС.	Проводить медицинскую сортировку пострадавших в ЧС, проводить мероприятия по перестройке работы учреждения здравоохранения для приема пострадавших в ЧС.	Методикой проведения медицинской сортировки в ЧС.

1.7. Форма контроля: зачет с оценкой, 1 и 2 курс.

2. ОБЪЁМ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)

Общая трудоёмкость практики «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)» составляет 60 зачётных единиц.

Вид работы	Всего часов	1 курс	2 курс
Самостоятельная работа: выполнение работ в профильной организации, симуляционная отработка практических умений и навыков в структурных подразделениях Института, ведение дневника	2011,6	779,8	1231,8
Консультации в ходе практики	148	84	64
Промежуточная аттестация: *зачёт с оценкой (кчз)*	0,4	0,2	0,2

Общая трудоемкость, академ. час	**2160**	**864**	**1296**

3. СОДЕРЖАНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)

Разделы производственной (клинической) практики (базовая часть) по видам работ:

1. Работа в профильной организации

№ п/п	Тема	Вид деятельности	Формируемые профессиональные компетенции
1.	**Специальные профессиональные умения и навыки в дерматовенерологии**		
1.1.	Неинфекционные дерматозы	Отработка практических навыков по забору патологического материала для специальных исследований; практических навыков по выявлению патогномоничных симптомов; практических навыков по оценке степени тяжести течения атопического дерматита SCORAD; практических навыков по оценке степени тяжести течения псориаза: PASI, BSA; практических навыков и по проведению диагностической биопсии кожи для патогистологического исследования; практических навыков по проведению осмотра больного в лучах лампы Вуда; практических навыков по определению биодозы УФО.	ПК–5
1.2.	Инфекционные и паразитарные заболевания кожи	Отработка практических навыков по забору патологического материала для специальных исследований; практических навыков по выявлению патогномоничных симптомов	ПК–5
1.3.	Дерматомикология	Отработка практических навыков по забору патологического материала для специальных исследований; практических навыков по проведению осмотра больного в лучах лампы Вуда	ПК–5
1.4.	Сифилидология	Отработка практических навыков по проведению непосредственного исследования больного сифилисом.	ПК–5
1.5.	Гонорея и ИППП	Отработка практических навыков по проведению бимануального влагалищного осмотра; практических навыков по взятию мазков на микробиологическое и цитологическое исследование	ПК–5
2	**Работа в амбулаторном отделении дерматовенерологического профиля**		
2.1.	Работа в амбулаторном отделении дерматовенерологического профиля	Прием пациентов с наиболее распространенными кожными заболеваниями. Амбулаторный прием больных с грибковыми и паразитарными	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-

		кожными заболеваниями, с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП) и сифилисом, посещение консультативных приемов. Осмотр, обследование и ведение пациентов с различными формами сифилиса Выявление и оценка клинической симптоматики, забор материала для лабораторных исследований, составление планов обследования и лечения больных в амбулаторных условиях, проведения дифференциальной диагностики под контролем преподавателя. Оформление карты амбулаторного кожного больного, заполнение учетных форм, экстренных извещений, оформление больничных листов, оформление санаторно-курортной карты и др. Освоение учётной документации, действующие приказы, инструкции, положения о дерматовенерологической службе, методические рекомендации. Заполнение медицинской документации. Отработка навыков организации медицинской помощи на базе КВД при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.	12

2. Симуляционная отработка практических умений и навыков (на базе структурных подразделений Института)

Сердечно-легочная реанимация			
2.1.	Базисная сердечно-легочная реанимация	Изучение современных принципов базисной сердечно-легочной реанимации, в том числе в условиях ЧС. Тестирование. Отработка навыков базисной сердечно-легочной реанимации на манекенах. Отработка навыка использования автоматического наружного дефибриллятора	ПК-7, ПК–12
2.2.	Расширенная сердечно-легочная реанимация. Оказание медицинской помощи в экстренной форме. Навыки эвакуации в условиях ЧС	Изучение современных принципов расширенной сердечно-легочной реанимации, в том числе в условиях ЧС. Тестирование. Отработка навыков проведения ИВЛ с приспособлениями. Изучение принципов диагностики и лечения шока. Изучение принципов диагностики и лечения острого коронарного синдрома	ПК-7, ПК–12

4. ФОРМЫ ОТЧЁТНОСТИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКЕ (БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)

В соответствии с Положением о порядке проведения практики по программам подготовки кадров высшей квалификации – программам ординатуры в ходе практики ординатор ведет дневник, в структуру которого, в том числе, входит отчет по практике. Ежедневно дневник подписывается сотрудником профильной организации, непосредственно курирующим работу данного ординатора. По итогам прохождения практики ординатор сдает зачет с оценкой (дифференцированный зачет).

4.1. Отчет работы ординатора в профильной организации:

Виды работ в профильной организации	**Всего часов:**	
	1 курс	**2 курс**
Работа в профильной организации:	**779,8**	**1231,8**
Работа в отделении дерматовенерологии		
Работа в …		
Работа в …		

4.2.

О Т Ч Ё Т

Ординатора_____курса_____

о выполнении программы производственной (клинической) практики (базовая часть)

Перечень видов работ, отрабатываемых в профильной организации

Перечень умений и навыков	Итоговое кол-во выполненных манипуляций
1. Методика сбора жалоб, анамнеза и осмотра больного кожными заболеваниями и ИППП по профилю «Дерматовенерология».	
2. Методика описания кожного статуса при различных дерматозах.	
3. Методика заполнения и ведения медицинской документации (амбулаторных карт, учетных форм, экстренных извещений, оформление больничных листов, оформление санаторно-курортной карты и др.).	
4. Методика составления текущих и годовых отчетов о работе отделения, кабинета, оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология».	
5. Техника дерматоскопии.	
6. Методика криодеструкции.	
7. Методика электрокоагуляции.	
8. Методика проведения и интерпретации основных клинико-диагностических симптомов и проб, используемых в дерматовенерологии:	
- Анализ результатов исследования кожной тактильной, болевой, тепловой и холодовой чувствительности с целью диагностики;	
- Определение и интерпретация кожного дермографизма;	
- Выявление симптомов «псориатической триады».	
- Интерпретация симптома Пильнова, Воронова;	

- Определение изоморфной реакции кожи (феномена Кебнера);	
- Оценка степени тяжести течения псориаза: PASI, BSA;	
- Методика исследования эластичности кожи с помощью зонда (симптом «проваливания зонда» А.И.Поспелова).	
- Методика диагностики с помощью диаскопии (выявление феномена «яблочного желе»);	
- Анализ болевой чувствительности на кожных высыпаниях (проба Ядассона, проба Бенье-Мещерского)	
- Определение и интерпретация симптома Никольского	
- Определение и интерпретация симптома Асбое-Ганзена	
- Определение и интерпретация симптома Шеклакова	
- Определение симптома Денье-Моргана	
- Определение симптома Унны-Дарье	
- Оценка степени тяжести течения атопического дерматита по методике SCORAD	
- Определение и интерпретация симптома «полированных ногтей»	
- сетки Уикхема	
- Определение симптома Хачатуряна	
- Определение симптома «медовых сот»	
- Определение симптома Горчакова – Арди, Базена, Сезари	
- Определение симптома «волосатого языка»	
- Определение симптома «облатки»	
- Определение симптома «пурпуры» (Брока-Иванова)	
- Определение симптома «стружки» (симптом Бенье)	
- Определение симптома «терки»	
9. Дополнительное обследование кожного больного	
- Техника взятия материала для патогистологического исследования.	
- Выполнение пробы с раствором йода на скрытое шелушение (проба Бальцера)	
- Цитологический анализ содержимого пузырей и отделяемого с поверхности эрозий на коже и слизистых оболочках (методика мазков-отпечатков для выявления акантолитических клеток Тцанка).	
- Осмотр больного в лучах лампы Вуда.	
- Взятие материала из чешуек, волос, ногтей, содержимого пустул, абсцессов и соскобов с язв для микроскопической и культуральной диагностики инфекционных дерматозов.	

- Методики обнаружения чесоточного клеща, вшей и Demodex folliculorum.	
- Исследование фоточувствительности кожи методом определения биодозы УФО.	
- Методика забора материала для исследования на грибы с гладкой кожи, волос, ногтей.	
- Выявление моллюсковых телец («творожистой массы») при контагиозном моллюске.	
- наложения влажно-высыхающей повязки, примочек, компрессов	
10.Обследование венерического пациента	
- Методика непосредственного исследования больного сифилисом.	
- Клиническая оценка результатов исследования ликвора.	
- Выявление симптома Арджил-Робертсона.	
- Выявление симптома Биетта.	
10.1. Лабораторная диагностика сифилиса	
- Методика темнопольной микроскопии отделяемого из очагов поражения с целью диагностики сифилиса.	
- Диагностика сифилиса методами РСК с кардиолипиновым антигеном и антигенами из бледной трепонемы, РИБТ, РИФ, РНГА.	
10.2. Обследование пациентов с урогенитальными инфекциями	
- Непосредственное исследование предстательной железы и семенных пузырьков. Получение секрета предстательной железы с помощью массажа.	
- Методика проведения и клиническая оценка результата микроскопического анализа 2– 3 стаканных проб.	
- Приготовление мазка и нативного препарата для микроскопического исследования из материала, взятого из уретры, заднего прохода и цервикального канала. Клиническая оценка результатов микроскопического анализа (окраска метиленовым синим и по Граму).	
- Методика осмотра шейки матки в зеркалах.	
- Взятие материала для культуральной диагностики микоплазмоза и хламидиоза и клиническая оценка результатов анализа.	

При проведении промежуточной аттестации в форме зачёта с оценкой по окончании практики учитываются следующие составляющие:

- оценка за ведение и оформление дневника практики, в том числе отчета;
- оценка руководителя от профильной организации за полноту отработки задания практики, проявленные личностные профессиональные характеристики и качество освоенных навыков;
- оценка по результатам тестирования и собеседования с руководителем практики от Института.

По результатам обучения в ходе практической подготовки в форме практики, защиты отчетных документов, содержащихся в дневнике по практике, руководителем практики от

Института фиксируются результаты освоения компетенции в Аттестационном листе.

Оценка руководителя практики от института заносится в ведомость/индивидуальную ведомость и зачетную книжку ординатора (за исключением оценки «неудовлетворительно»).

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Тесты	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Тестовые задания	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
2.	Демонстрация ординатором практических навыков	Оценка уровня владения каждым навыком	Перечень владений и навыков, полученных в период обучения	Овладение практическими навыками согласно квалификационной характеристике врача - дерматовенеролога
3.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач по темам/разделам	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; Корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; Адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи

Практические навыки

Оценка «отлично» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями.

Оценка «хорошо» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, сформированы недостаточно, но подкреплены теоретическими знаниями без пробелов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные рабочей программой практики, в основном сформированы, но теоретические знания освоены частично.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках прохождения практики, не сформированы.

Ситуационные задачи

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Тесты

Границы в процентах	Оценка
85-100	Отлично
65-84	Хорошо
55-64	Удовлетворительно
0-54	Неудовлетворительно

•

5.2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.2.1. Оценочные средства для текущего контроля

Перечень умений и навыков

№ п/п	Перечень умений и навыков
1.	Методика сбора жалоб, анамнеза и осмотра больного кожными заболеваниями и ИППП по профилю «Дерматовенерология».
2.	Методика описания кожного статуса при различных дерматозах.
3.	Методика заполнения и ведения медицинской документации (амбулаторных карт, учетных форм, экстренных извещений, оформление больничных листов, оформление санаторно-курортной карты и др.).
4.	Методика составления текущих и годовых отчетов о работе отделения, кабинета, оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология».
5.	Техника дерматоскопии
6.	Методика криодеструкции
7.	Методика электрокоагуляции
	Методика проведения и интерпретации основных клинико-диагностических симптомов и проб, используемых в дерматовенерологии:
8.	Анализ результатов исследования кожной тактильной, болевой, тепловой и холодовой чувствительности с целью диагностики.

9.	Определение и интерпретация кожного дермографизма
10.	Выявление симптомов «псориатической триады».
11.	Интерпретация симптома Пильнова, Воронова
12.	Выявление симптома Картамышева
13.	Определение изоморфной реакции кожи (феномена Кебнера)
14.	Оценка степени тяжести течения псориаза: PASI, BSA
15.	Методика исследования эластичности кожи с помощью зонда (симптом «проваливания зонда» А.И.Поспелова).
16.	Методика диагностики с помощью диаскопии (выявление феномена «яблочного желе»).
17.	Анализ болевой чувствительности на кожных высыпаниях (проба Ядассона, проба Бенье-Мещерского).
18.	Определение и интерпретация симптома Никольского
19.	Определение и интерпретация симптома Асбое-Ганзена
20.	Определение и интерпретация симптома Шеклакова
21.	Определение симптома Денье-Моргана
22.	Определение симптома «зимней стопы»
23.	Определение симптома «меховой шапки»
24.	Определение симптома Унны-Дарье
25.	Оценка степени тяжести течения атопического дерматита по методике SCORAD
26.	Определение и интерпретация симптома «полированных ногтей
27.	Определение сетки Уикхема
28.	Определение симптома Хачатуряна
29.	Определение симптома «медовых сот»
30.	Определение симптома Горчакова – Арди, Базена, Сезари
31.	Определение симптома «волосатого языка»
32.	Определение симптома «облатки»
33.	Определение симптома «пурпуры» (Брока-Иванова)
34.	Определение симптома «стружки» (симптом Бенье)
35.	Определение симптома «терки»
	Дополнительное обследование кожного больного
36.	Техника взятия материала для патогистологического исследования.
37.	Выполнение пробы с раствором йода на скрытое шелушение (проба Бальцера)
38.	Цитологический анализ содержимого пузырей и отделяемого с поверхности эрозий на коже и слизистых оболочках (методика мазков-отпечатков для выявления акантолитических клеток Тцанка).
39.	Осмотр больного в лучах лампы Вуда.
40.	Взятие материала из чешуек, волос, ногтей, содержимого пустул, абсцессов и соскобов с язв для микроскопической и культуральной диагностики инфекционных дерматозов.
41.	Методики обнаружения чесоточного клеща, вшей и Demodex folliculorum.

42.	Исследование фоточувствительности кожи методом определения биодозы УФО.
43.	Методика забора материала для исследования на грибы с гладкой кожи, волос, ногтей.
44.	Выявление моллюсковых телец («творожистой массы») при контагиозном моллюске.
45.	Методика наложения влажно-высыхающей повязки, примочек, компрессов
	Обследование венерического пациента
46.	Методика непосредственного исследования больного сифилисом.
47.	Клиническая оценка результатов исследования ликвора.
48.	Выявление симптома Арджил-Робертсона.
49.	Выявление симптома Биетта.
	Лабораторная диагностика сифилиса
50.	Методика темнопольной микроскопии отделяемого из очагов поражения с целью диагностики сифилиса.
51.	Диагностика сифилиса методами РСК с кардиолипиновым антигеном и антигенами из бледной трепонемы, РИБТ, РИФ, РНГА.
	Обследование пациентов с урогенитальными инфекциями
52.	Непосредственное исследование предстательной железы и семенных пузырьков. Получение секрета предстательной железы с помощью массажа.
53.	Методика проведения и клиническая оценка результата микроскопического анализа 2–3 стаканных проб.
54.	Приготовление мазка и нативного препарата для микроскопического исследования из материала, взятого из уретры, заднего прохода и цервикального канала. Клиническая оценка результатов микроскопического анализа (окраска метиленовым синим и по Граму).
55.	Методика осмотра шейки матки в зеркалах.
56.	Взятие материала для культуральной диагностики микоплазмоза и хламидиоза и клиническая оценка результатов анализа.
57.	Базисная сердечно-легочная реанимация
58.	Расширенная сердечно-легочная реанимация. Оказание медицинской помощи в экстренной форме. Навыки эвакуации в условиях ЧС

5.2.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

Ситуационные задачи

Задача 1.

Пациентка 32 лет явилась на прием в связи с тем, что при обследовании перед госпитализацией в хирургический стационар по поводу пупочной грыжи РПГА (4+). При дополнительном тестировании – вновь РПГА (4+), ИФА IgG (кп 1,5), ИФА IgM (кп 0,8), РМП отрицательна. Последние 4,5 года работает поваром в кафе, регулярно проходит медосмотры. Сифилис в прошлом отрицает. При осмотре наружных признаков сифилиса не выявлено. Половая жизнь в браке регулярная. Со слов пациентки муж – единственный половой контакт в течение жизни. Муж обследован, клинических признаков сифилиса не выявлено, РМП отрицательна. Имеет дочь 9 лет.

Вопрос 1:

Какие варианты объяснения приведенной ситуации с серологическими тестами возможны?

(1. Пациентка больна сифилисом.

2. Пациентка в прошлом лечилась по поводу сифилиса.

3. Крайне маловероятный вариант – два специфических теста, в том числе один повторно, дали ложноположительный результат.)

Оценка вариантов ответа:

Представлены все возможные варианты.

Представлена лишь часть вариантов.

Ответ неверный.

Вопрос 2:

Поставьте и обоснуйте диагноз пациентке.

(Положительные РПГА и ИФА IgG свидетельствуют о наличии сифилиса. Отсутствие клинических проявлений говорит о скрытом сифилисе. Отрицательная на протяжении 4,5 лет РМП, а также отрицательная ИФА IgM позволяют поставить в данном случае диагноз позднего сифилиса. Таким образом, у пациентки – сифилис скрытый поздний).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз поставлен правильно.

Диагноз неполный.

Диагноз неверный.

Вопрос 3:

Представьте план дальнейшего ведения пациентки.

(1. Ликворологическое исследование

2. Консультации офтальмолога и невролога.

3. При подозрении на специфическое поражение внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и др. – консультации специалистов в соответствии с жалобами и/или патологическими изменениями при инструментальном обследовании).

4. Специфическая терапия в соответствии с диагнозом).

Оценка вариантов ответа:

План полный

План неполный

План неверный

Вопрос 4:

Представьте план ведения дочери

(1. Клинический осмотр.

2. Серологическое тестирование с проведением трепонемной реакции

3. Консультации офтальмолога, невролога, отоларинголога).

Оценка вариантов ответа:

План полный

План неполный

План неверный

Вопрос 5:

Представьте план ведения мужа

(1. Клинический осмотр.

2. Серологическое тестирование с проведением трепонемной реакции.

3. В случае отрицательного результата теста в дальнейшем обследовании и наблюдении не нуждается).

Оценка вариантов ответа:

План полный
План неполный
План неверный.

Вопрос 6:
Заполните медицинскую документацию.
Оценка вариантов ответа:
Заполнение верное
Заполнение с ошибками
Заполнение неверное.

Задача 2.

На прием к врачу обратилась девушка 18 лет с жалобами на зудящие высыпания, сухость и стягивание кожи.

Анамнез. Сон из-за зуда не нарушен. Больна с младенческого возраста. Со слов матери пациентки, начало кожного заболевания совпало с введением прикорма, сопровождалось зудом, провоцирующими обострения причинами были преимущественно алиментарные факторы. В возрасте от 2 до 13 лет наблюдалась ремиссия заболевания, затем высыпания возобновились. Последние годы обострения наблюдаются не чаще 1–2 раза в год преимущественно в холодное время года, чаще продолжительностью рецидива до 1 месяца. Отмечается положительный эффект от применения топических кортикостероидных препаратов, средств щадящего базового ухода, однако последними пользуется нерегулярно. Больная связывает обострения заболевания с нарушениями диеты (употреблением в пищу морепродуктов, шоколада, сладостей, орехов, меда, ряда фруктов и овощей), психоэмоциональными факторами, так же контактами кожи с водой, моющими средствам. Текущее обострение началось в период психоэмоциональных нагрузок из-за сдачи экзаменов. Наследственность: у матери и бабушки бронхиальная астма, у отца экзема кистей. При осмотре: повышенная общая сухость кожи, высыпания локализуются на коже лица, в области подколенных и локтевых сгибов, тыле кистей и представлены в виде эритемато-сквамозных очагов без четких границ с легкой инфильтрацией, лихенификацией, мелкопластинчатым шелушением, единичными экскориациями; в области локтевых сгибов дополнительно единичные микровезикулы и точечные микроэрозии с мокнутием, серозными корочками; SCORAD-индекс 27. Так же наблюдается потемнение кожи периорбитальной области, дополнительная горизонтальная складка кожи нижнем веке, гиперлинеарность ладоней. Дермографизм белый, стойкий.

Вопрос 1:
О каком заболевании идет речь? Укажите стадию, возрастной период, тяжесть течения заболевания?
(Атопический дерматит. Стадия обострения. Легкое течение. Взрослый период).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз поставлен верно.
Диагноз поставлен не полностью: не учтены все имеющиеся у пациентки стадия, тяжесть течения, возрастной период заболевания.
Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:
Обоснуйте по клиническим признакам наличие данного заболевания, его стадию, возрастной периода, тяжесть течения.
(Диагноз «атопический дерматит» установлен на основании жалоб больной на зудящие высыпания, сухость и стягивание кожи, данных анамнеза о хронически-рецидивирующем течении, сезонности обострений, начале заболевания в раннем детском

возрасте, сведениях о провоцирующих обострения факторах (алиментарные, психоэмоциональные факторы, внешние раздражающие факторы), положительном эффекте от применения топических кортикостероидных средств, наличии атопических заболеваний у близких родственников пациентки, по данным осмотра – симметричные эритемато-сквамозные очаги без четких границ на коже лица, сгибательных поверхностях конечностей, тыле кистей с легкой инфильтрацией, лихенификацией, экскориациями, наличием единичных микровезикул и точечных микроэрозий с мокнутием, серозными корочками в локтевых сгибах, общей повышенной сухости кожи, потемнения кожи периорбитальной области, дополнительной складки кожи на нижнем веке (симптом Денни-Моргана), гиперлинеарности ладоней, белого стойкого дермографизма.

О наличии обострения процесса свидетельствуют зудящие экссудативные (микровезикулы, микроэрозии с мокнутием) и эритематозно-сквамозные очаги поражения с инфильтрацией, повышенной сухостью, экскориациями.

Возраст пациентки, локализация и характер высыпаний (поражение кожи разгибательных поверхностей конечностей в виде экссудативных, эритематосквамозных очагов с инфильтрацией, лихенификацией, общей повышенной сухостью кожи), наличие стрий атопии (потемнение кожи периорбитальной, симптом Денни-Моргана, гиперлинеарности ладоней), связь обострений с психоэмоциональными факторами характеризуют взрослый период заболевания.

Лёгкому течению атопического дерматита свойственны преимущественно ограниченно-локализованные проявления кожного процесса с легкой степенью воспалительных проявлений (легкая степень инфильтрации, лихенификации, эритемато-сквамозных и экссудативных проявлений на коже), умеренный во выраженности зуд, SCORAD-индекс 27; редкие обострения (1–2 раз в год) с продолжительностью до 1 месяца преимущественно в холодное время года, хороший эффект от проводимой терапии).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз поставлен не полностью: не учтены все имеющиеся у пациентки стадия, тяжесть течения, возрастной период заболевания.

Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:

Какое лечение показано данной больной?

(Учитывая степень тяжести, распространенность и локализацию высыпаний (преимущественно в области складок кожи), нужно акцентировать лечение на наружных методах.

В данном случае целесообразно назначение глюкокортикостероидных препаратов для наружного применения в форме крема или эмульсии с минимальным атрофогенным эффектом (мометазона фуроат, метилпреднизолона ацепонат, гидрокортизона-17-бутират) или топических блокаторов кальциневрина (пимекролимус) с обязательным налаживание постоянного базового ухода за кожей.

Наружные глюкокортикостероидные препараты наносят на пораженные участки кожи тонким слоем от 1 до 3 раз в сутки до 2 недель, блокаторы кальциневрина 2 раза в сутки (в случае сохранения выраженности симптомов заболевания в течение 6 недель применения препаратов необходима повторная консультация врача-дерматовенеролога для уточнения диагноза атопического дерматита). После купирования обострения топические глюкокортикостероидные препараты и блокаторы кальциневрина отменяются, и больной рекомендуется продолжить использовать только средства базового ухода.

На зоны поражения кожи с экссудацией возможно применение несколько раз в день холодных примочек до прекращения мокнутия (с 2% борной кислотой, 0,025% нитратом серебра, 1% раствора резорцина и др.), а также топических кортикостероидных средств в

форме аэрозолей (например, окситетрациклин +гидрокортизон 2 раза в сутки наружно до 5-7 дней или оксициклозоль 2 раза в сутки наружно до 7–10 дней).

Возможно назначение антигистаминных, седативных препаратов. При отсутствии эффекта дополнительно могут назначаться детоксикационные средства, фототерапия.

На всех этапах ведения больных рекомендовано осуществление обучающих программ психореабилитационной направленности, придерживаться гипоаллергенной диеты и быта и чрезвычайно важно использование постоянного базового ухода. Увлажняющие и смягчающие средства базового ухода за кожей применяют после каждого мытья и при ощущении сухости, стягивания кожи, но желательно не менее 2 раз в сутки).

Оценка вариантов ответа:

Перечислены все направления терапии.

Перечислена лишь часть направлений терапии.

Лечение назначено неверно.

Вопрос 4:

Каковы меры предупреждения обострения заболевания

(Предупреждение обострения атопического дерматита заключается в исключении воздействия триггерных факторов: психоэмоциональных нагрузок, несоблюдения диетического режима и гипоаллергенного быта, нарушения правил и режима ухода за кожей (в том числе нерационального использования синтетических моющих средств, а также шампуней, мыла, лосьонов с высоким значением pH), экологического неблагополучия, табачного дыма и т.д.).

При сборе анамнеза, анализа особенностей клинических проявлений заболевания и данных обследования оценивается значимость тех или иных факторов для конкретного пациента и проводятся элиминационные мероприятия (из анамнеза данной пациентки имеются сведения о провоцирующих обострения заболевания алиментарных, психоэмоциональных факторах, внешние раздражающих факторах). Важными также являются санация очагов хронической инфекции, нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей.

Всем больным атопическим дерматитом вне зависимости от тяжести, распространенности, остроты кожного процесса, наличия или отсутствия осложнений назначаются средства постоянного базового ухода за кожей).

Оценка вариантов ответа:

Рекомендуется санаторно-курортное лечение в стадии вне обострения.

Перечислены все меры предупреждения обострения.

Перечислена лишь часть мер предупреждения обострения.

Не перечислено ни одной меры предупреждения обострения.

Вопрос 5.

Какой уход за кожей можно рекомендовать данной пациентке?

Пациентам с атопическим дерматитом рекомендуется бережный базовый уход за кожей в постоянном режиме (и в период обострения, и в период ремиссии).

При этом используются средства мягкого гипоаллергенного очищения, а также увлажняющие и смягчающие кожу наружные препараты (эмолиенты), предназначенные специально для аллергичной, чувствительной, склонной к сухости кожи. Рекомендовано использование соответствующих специальных лечебных линий космецевтики. Применение смягчающих и увлажняющих средств базового ухода должно быть обязательным после каждого мытья кожи, при ощущении сухости и стягивания кожи, но не менее 2 раз в сутки.

Важно, особенно в острый период, исключить контакты кожи с синтетическими, шерстяными и грубыми тканями. Важно исключить любые раздражающие кожу факторы - трение, мытье очень горячей или чрезмерно холодной водой и т.д.

Оценка вариантов ответа:

Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентки с атопическим дерматитом выбрана верно. Перечислены все основные направления и особенности ухода.

Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентки с атопическим дерматитом выбрана не в полном объеме. Перечислены не все направления и особенности ухода.

Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентки с атопическим дерматитом выбрана неверно.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 3.

У мужчины 22 лет температура тела внезапно повысилась до 39,4°С, на туловище и лице появилась сыпь в виде эритематозных пятен, везикул. Вызванный участковый терапевт назначил прием антибиотиков, после начала приема, которых количество элементов сыпи, увеличилось, температура не снизилась, появился интенсивный распространенный зуд на туловище, верхних и нижних конечностях, головная боль, рвота, светобоязнь. Больной сообщил, что с детства страдает атопическим дерматитом. Кроме того, его беспокоят частые (8–9 раз в год) рецидивы лабиального герпеса. Через день с диагнозом «токсидермия» пациент был госпитализирован.

Вопрос 1:

Поставьте клинический диагноз

(Герпетическая экзема Капоши. Распространенный атопический дерматит в стадии обострения).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз полный

Диагноз неполный

Диагноз неверный.

Вопрос 2:

Представьте план первоочередного обследования пациента.

(1. Определение вируса и его типирование в содержимом везикул (с помощью ПЦР)

2. Консультация невропатолога

3. Консультация офтальмолога).

Оценка вариантов ответа:

План полный

План неполный.

План неверный.

Вопрос 3:

Представьте план дальнейшего обследования пациента.

(1. При выявлении ВПГ 1-го типа необходимо обследовать пациента с целью выявления возможных причин снижения иммунитета (поиски возможных лейкоза, злокачественного новообразования, ВИЧ-инфекции) из-за относительно частых рецидивов.

2. Определение общего IgE сыворотки крови).

Оценка вариантов ответа:

План полный

План неполный.

План неверный.

Вопрос 4:

Что необходимо сделать прежде прочих терапевтических и диагностических мероприятий?

(1. С учетом ряда симптомов, которые могут свидетельствовать о возможном поражении ЦНС, необходимо срочно начать использование аномальных нуклеозидов.

2. Препараты должны вводиться парентерально (внутривенно). Ацикловир вводится из расчета 10 мг/кг с интервалом не менее 8 часов).

Оценка вариантов ответа:

Ответ полный.

Ответ неполный.

Ответ неверный.

Вопрос 5.

Представьте план дальнейшего ведения пациента.

(1. Продолжить прием препаратов из группы аномальных нуклеозидов; если поражение ЦНС не подтвердится, можно перейти на пероральный прием.

2. Отменить прием антибиотиков как возможной причины обострения атопического дерматита, назначить антигистаминные препараты.

3. Локально на коже следует использовать антисептические и/или антимикробные средства.

4. На слизистую глаз – противовирусные препараты в виде мази или глазных капель.

5. Начать активное лечение атопического дерматита только после разрешения экземы Капоши).

Оценка вариантов ответа:

План полный.

План неполный.

План неверный.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 4.

28-летняя женщина обратилась к дерматологу с жалобами на высыпания пятен бледно-красного цвета на теле.

Анамнез: сыпь существует около недели, не увеличивается, не сливается и не шелушится. В разводе, есть ребенок 4-х лет, около трёх месяцев назад была половая связь с малознакомым мужчиной.

При осмотре на туловище (грудь, живот, верхней части спины) – пятнистые высыпания бледно-розового цвета, которые не сливаются и не шелушатся, при витропрессии пятна полностью исчезают.

При исследовании крови: РМП, РИФ, РПГА положительны.

Вопрос 1:

О каком заболевании идет речь?

(Вторичный свежий сифилис).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз поставлен верно.

Диагноз установлен не полностью: не учтена форма заболевания.
Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:
Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
(Диагноз «Вторичный сифилис» установлен на основании, данных анамнеза: ранее была половая связь (около 3-х месяцев назад), результатах осмотра – на туловище (грудь, живот, верхней части спины) – пятнистые высыпания бледно-розового цвета, которые не сливаются и не шелушатся, при витропрессии пятна полностью исчезают, результатах лабораторного исследования крови на сифилис – положительных РМП, РПГА и РИФ).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз обоснован верно.
Диагноз обоснован не полностью.
Отсутствует полное обоснование – не указаны результаты серологических реакций.

Вопрос 3:
Какое лечение показано больному?
(Рекомендуются курсы антибиотикотерапии (бензилпенициллина натриевая соль по 1 млн. ЕД в/м каждые 4 часа – 28 дней или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки – 20 дней или бициллин-1 по 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дней №6) в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению вторичного сифилиса.
Для членов семьи показано превентивное лечение (бициллин-5 по 1,5 млн ЕД в/м 2 р/нед №2 или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки – 7 дней)).
Оценка вариантов ответа:
Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность введения подобраны правильно.
Правильно указана тактика ведения пациента, верные группы препаратов, однако их дозы и режим введения препаратов указан неверно.
Ответ неверный: неправильно указана тактика ведения и используемые препараты.

Вопрос 4:
Какие консультации (исследования) необходимо провести данной пациентке?
(Консультацию офтальмолога, невролога (по его рекомендации – спинномозговую пункцию с исследованием СМЖ)).
Оценка вариантов ответа:
Правильно указаны все методы обследования и специалисты
Методы обследования (специалисты) указаны не полностью.
Методы обследования (специалисты) указаны неверно.

Вопрос 5.
С какими заболеваниями необходимо дифференцировать сифилитическую розеолу?
(С пятнистой токсикодермией, с корью, краснухой, розовым лишаем).
Оценка вариантов ответа:
Перечень заболеваний указан верно.
Перечень заболеваний указан не полностью.
Перечень заболеваний указан неверно.

Вопрос 6:
Заполните медицинскую документацию.
Оценка вариантов ответа:
Заполнение верное

Заполнение с ошибками
Заполнение неверное.

Задача 5.

50-летний мужчина обратился к дерматологу с жалобами на угревидные высыпания на теле, на руках и на ладонях.

Анамнез: сыпь существует около 3-х недель, работает ночным охранником, женат, беспорядочные половые связи отрицает.

При осмотре на туловище (грудь, живот, спина) и на ладонях – папуло-пустулёзные высыпания, гнойные корки на поверхности красноватых папул, до 5 мм в диаметре.

При исследовании крови: РМП, РИФ, РПГА положительны.

Вопрос 1:
О каком заболевании идет речь?
(Вторичный сифилис (угревидный сифилид)).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз поставлен верно.
Диагноз установлен не полностью: не учтена форма заболевания.
Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:
Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
(Диагноз «Вторичный сифилис» установлен на основании осмотра – папуло-пустулёзные высыпания, гнойные корки на поверхности красноватых папул до 5 мм в диаметре на коже туловище (грудь, живот, спина) и на ладонях, результатах лабораторного исследования крови на сифилис – положительных РМП, РИФ, РПГА.).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз обоснован верно.
Диагноз обоснован не полностью:
Отсутствует полное обоснование – не указаны результаты серологических реакций.
Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:
Какое лечение показано больному?
(Рекомендуются курсы антибиотикотерапии (бензилпенициллина натриевая соль по 1 млн. ЕД в/м каждые 4 часа – 28 дней или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки – 20 дней или бициллин-1 по 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дней №6) в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению вторичного сифилиса.

Для членов семьи показано превентивное лечение (бициллин-5 по 1,5 млн ЕД в/м 2 р/нед №2 или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки – 7 дней)).
Оценка вариантов ответа:
Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность введения подобраны правильно.

Правильно указана тактика ведения пациента, верные группы препаратов, однако их дозы и режим введения препаратов указан неверно.

Ответ неверный: неправильно указана тактика ведения и используемые препараты.

Вопрос 4:
Какие консультации (исследования) необходимо провести данному пациенту?

(Консультацию невролога, офтальмолога. Спинномозговую пункцию для исследования СМЖ (цитологического, серологического (ИФА, РИФ, РПГА, иммуноблоттинг), МРТ)).

Оценка вариантов ответа:

Правильно указаны все методы обследования и специалисты.

Методы обследования (специалисты) указаны не полностью.

Методы обследования (специалисты) указаны неверно.

Вопрос 5.

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать угревидный сифилид?

(С токсикодермией, с папулонекротическим туберкулёзом кожи, йодо- и бромодермой, масляными фолликулитами).

Оценка вариантов ответа:

Перечень заболеваний указан верно.

Перечень заболеваний указан не полностью.

Перечень заболеваний указан неверно.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 6.

28-летний мужчина обратился к дерматологу с жалобами на положительные реакции на сифилис, которые были случайно выявлены при обследовании (РИФ и РИТ).

Анамнез: не может сказать, как давно реакции на сифилис стали положительными (кровь на сифилис сдавал около 2 лет назад – результат обследования был отрицательным), в течение этих 2-х лет получал антибиотикотерапию по поводу ангины, ранее были беспорядочные половые связи, семейное положение – холост.

При осмотре – высыпаний на коже и слизистых нет.

Вопрос 1:

О каком заболевании идет речь?

(Скрытый ранний сифилис).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз поставлен верно.

Диагноз установлен не полностью: полностью не учтена форма заболевания.

Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:

Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?

(Диагноз «Скрытый ранний сифилис» установлен на основании, данных анамнеза: ранее были беспорядочные половые связи, отрицательных результатах лабораторного исследования крови на сифилис 2 года назад и положительных РИТ, и РИФ в настоящее время).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью:

Отсутствует полное обоснование – не указаны результаты серологического обследования 2 года назад.

Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:

Какое лечение показано больному?

(Рекомендуются курсы антибиотикотерапии (бензилпенициллина натриевая соль по 1 млн. ЕД в/м каждые 4 часа – 28 дней или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки – 20 дней или бициллин-1 по 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дней №6) в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению вторичного и скрытого раннего сифилиса).

Оценка вариантов ответа:

Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность введения подобраны правильно.

Правильно указана тактика ведения пациента, верные группы препаратов, однако их дозы и режим введения препаратов указан неверно.

Ответ неверный: неправильно указана тактика ведения и используемые препараты.

Вопрос 4:

Какие консультации (исследования) необходимо провести данному пациенту?

(Консультацию невролога и офтальмолога. Спинномозговую пункцию для исследования СМЖ (цитологического, серологического (ИФА, РИФ, РПГА, иммуноблоттинг), МРТ)).

Оценка вариантов ответа:

Правильно указаны все специалисты и методы обследования.

Методы обследования (специалисты) указаны не полностью.

Методы обследования указаны неверно.

Вопрос 5.

При каких состояниях возможны положительные серологические тесты на сифилис?

(Положительные серологические тесты на сифилис (чаще всего нетрепонемные) встречаются при злокачественных новообразованиях, беременности, аутоиммунных заболеваниях).

Оценка вариантов ответа:

Правильно указаны вероятный перечень состояний и заболеваний.

Перечень состояний и заболеваний указан не полностью.

Перечень состояний и заболеваний указан неверно.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 7.

Мужчина, 39 лет, по профессии строитель, обратился к дерматологу с жалобами на высыпания на лице в области усов и бороды.

Анамнез. Считает себя больным в течение нескольких лет. К врачу не обращался, лечился самостоятельно различными наружными спиртосодержащими растворами, кремами с содержанием антибиотиков, с кратковременным эффектом. После применения ГКС-содержащего крема (по совету соседки) количество сыпи резко увеличилось. Сопутствующие заболевания: хронический ринит.

Локальный статус. При осмотре: на коже лица, в зоне роста щетинистых волос (в области бороды и усов), на фоне незначительной инфильтрации локализуются сливные очаги, состоящие из остроконечных фолликулярных пустул, покрытых гнойными корочками. По периферии, на фоне незначительной гиперемии множественные рассеянные фолликулярные пустулы, пронизанные волосом в центре и с небольшим ободком реактивной гиперемии. Субъективно незначительная болезненность.

Вопрос 1:
О каком заболевании идет речь?
(Вульгарный сикоз).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз поставлен верно.
Диагноз поставлен не полностью: не учтены все имеющиеся у пациента симптомы.
Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:
Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
(Диагноз установлен на основании клинической картины: в зоне роста щетинистых волос (в области бороды и усов), на фоне незначительной инфильтрации локализуются сливные очаги, состоящие из остроконечных фолликулярных пустул, покрытых гнойными корочками. По периферии, на фоне незначительной гиперемии множественные рассеянные фолликулярные пустулы, пронизанные волосом в центре и с небольшим ободком реактивной гиперемии. Субъективно незначительная болезненность).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз обоснован верно.
Диагноз обоснован не полностью: не перечислены все диагностически значимые клинические симптомы
Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:
Дифференциальный диагноз?
(Псевдофолликулит, вызванный вросшими волосами – чаще всего встречается у мужчин черной расы. Жесткие кончики волос, еще не выходя из волосяного фолликула, проникают в кожу или же, выйдя из него, загибаются и врастают в кожу, что вызывает образование небольших пустул, которые скорее являются реакцией на инородное тело, чем проявлением инфекции.
Паразитарный сикоз. Признаки паразитарного сикоза:
- опухолевидный характер инфильтрата
- четкая очерченность инфильтрата
- более глубокое гнойное расплавление
- наклонность к самопроизвольному разрешению
- отсутствие рецидивов
- сбор анамнеза – контакт с животными (грызуны, крупный рогатый скот)
- выдергивание волос из очага безболезненное).

Оценка вариантов ответа:
Выявлены все дифференциально-диагностические признаки, позволяющие поставить правильный диагноз.
Выявлены не все дифференциально-диагностические признаки, позволяющие поставить правильный диагноз
Не выявлены дифференциально-диагностические признаки, позволяющие поставить правильный диагноз.

Вопрос 4:

Какое обследование необходимо?

(Окраска по Граму; посев материала из очага на флору и чувствительность к антибактериальным препаратам – при подозрении на MRSA; посев из носовой полости – для выявления носительства (хроническое, рецидивирующее течение пиодермии); в сомнительных случаях проводят микроскопию гноя или волоса – для обнаружения спор грибов вокруг волоса (эктотрикс)).

Оценка вариантов ответа:

План обследования составлен и обоснован полностью.

План обследования составлен и обоснован не полностью.

План обследования не составлен и не обоснован, или составлен неправильно.

Вопрос 5.

Какой план лечения и профилактических мер для препятствования рецидивирования показан?

(Санация носительства; применение топических антисептиков и антибактериальных препаратов (препараты, содержащие фузидиевую кислоту, мупироцин); эпиляция волос; антибиотики системного действия – при распространенных пиодермиях, при отсутствии эффекта от наружной терапии, наличии общих явлений (лихорадка, недомогание) и регионарных осложнений (лимфаденит, лимфангиит): Амоксициллин/клавуланат, Цефалексин, Оксациллин. При аллергии к β-лактамам – линкозамиды или макролиды, длительность: 10–14 дней. Предотвращение распространения инфекции на непораженные участки кожи (временное запрещение мытья и посещения бассейнов; обработка антисептиками непораженной кожи вокруг очагов пиодермии, запрещение компрессов, массажа в зоне пиодермии, бритья)).

Оценка вариантов ответа:

Правильно составлен план лечения и перечислены профилактические меры, перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность нанесения или приема правильно подобраны.

Перечислены верные группы препаратов, однако дозы и кратность нанесения или приема не подобраны или выбрана только одна группа препаратов, не полностью перечислены профилактические меры.

Ответ неверный: не составлен план лечения, не перечислены меры профилактики, не названы ни один из препаратов.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 8.

55-летний мужчина, светлокожий (1 фототип по Фицпатрику), работающий в сфере строительства, обратился к дерматологу с жалобами на приливы и покраснение лица, существующие много лет.

Анамнез: в течение последних лет пациент отмечал появление «прыщей» и «неровностей» на коже щек и носа, преимущественно в центральной части лица. Также отмечались усиливающиеся «приливы», с каждым разом, становившиеся все интенсивнее, сопровождающиеся ощущением жара и жжения. Пациент отметил, что кожа носа стала более толстой, грубой. Со слов жены, покраснение лица усиливается при употреблении утреннего

кофе, после работы и, особенно, после вечернего бокала вина. Пациент указывал, что длительное время подвергался УФ облучению, что связано с родом его деятельности, а также отмечал, что редко использовал солнцезащитный крем.

При осмотре – на фоне центрофациальной эритемы, без признаков шелушения, множественные телеангиэктазии, около десяти папуло-пустулезных элементов, гиперплазия сальных желез, утолщение кожи в центральной части лица. Кожа носа рыхлой текстуры, расширенные поры, незначительная деформация носа. Пациент был осмотрен окулистом. При офтальмологическом обследовании выявлено умеренный отек и шелушение краев век, умеренная конъюнктивальная инъекция.

Вопрос 1:

О каком заболевании идет речь?

(Розацеа. Папуло-пустулезный подтип. Ринофима. Офтальморозацеа).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз поставлен верно.

Диагноз поставлен не полностью: не учтены все имеющиеся у пациента подтипы.

Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:

Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?

(Диагноз Розацеа установлен на основании жалоб больного на приливы и покраснение лица, появление «прыщей» и «неровностей» на коже щек и носа, преимущественно в центральной части лица, данных анамнеза: покраснение лица усиливается при употреблении утреннего кофе и, особенно, после вечернего бокала вина. По данным осмотра – на фоне центрофациальной эритемы множественные телеангиэктазии, около десяти папуло-пустулезных элементов, гиперплазия сальных желез, утолщение кожи в центральной части лица. Кожа носа рыхлой текстуры, расширенные поры, незначительная деформация носа. При офтальмологическом обследовании – умеренный отек и шелушение краев век, умеренная конъюнктивальная инъекция).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью: не перечислены все диагностически значимые симптомы, характерные для розацеа.

Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:

Какое лечение показано больному?

(Рекомендуется наружно азелаиновая кислота или метронидазол или крем ивермектин и курс антибактериальных препаратов перорально.

Доксициклин 100–200 мг в сутки перорально в течение 14–21 дней, поддерживающая доза – 100 мг в сутки в течение 12 недель.

Наружно: метронидазол, гель 0,75%, крем 1% наносят на предварительно очищенную кожу тонким слоем 2 раза в сутки, утром и вечером, в течение 3–9 недель, или азелаиновая кислота, крем 15%, гель наносят на все пораженные участки кожи и слегка втирают 2 раза в сутки (утром и вечером), или 1% ивермектин крем 1 раз в день все лицо до 16 недель).

Оценка вариантов ответа:

Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность нанесения или приема правильно подобраны.

Перечислены верные группы препаратов, однако дозы и кратность нанесения или приема не подобраны или выбрана только одна группа препаратов.

Ответ неверный: не перечислены ни одна из верных групп препаратов.

Вопрос 4:

Какие меры предупреждения обострения?

(Предупреждение обострения розацеа заключается в исключении воздействия триггерных факторов: инсоляции, продуктов питания, напитков и фармакологических препаратов, индуцирующих эритему лица, агрессивных косметологических процедур. Показана поддерживающая терапия наружным метронидазолом или азелаиновой кислотой, солнцезащитный крем с высоким фактором защиты).

Оценка вариантов ответа:

Перечислены все меры предупреждения обострения.

Перечислена лишь часть мер предупреждения обострения.

Не перечислено ни одной меры предупреждения обострения.

Вопрос 5.

Какой уход за кожей рекомендован пациентам с розацеа?

(Пациентам рекомендуют бережный уход за кожей с использованием мягкого очищения, увлажняющих средств, предназначенных для чувствительной кожи. Обязательное использование солнцезащитных средств. Рекомендовано использование лечебных линий космецевтики, рекомендованных для пациентов с розацеа).

Оценка вариантов ответа:

Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана верно. Перечислены все основные линии лечебной косметики.

Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана частично верно. Не перечислены основные линии лечебной косметики.

Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана неверно.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 9.

29-летняя пациентка обратилась к дерматологу с жалобами на высыпания на коже лица, существующие несколько лет.

Анамнез. Пациентка указала, что в течение подросткового периода страдала от высыпаний акне умеренной тяжести, которые самопроизвольно разрешились во время учебы в колледже. Тем не менее, в течение последних двух лет, она снова стала отмечать появление высыпаний на лице, сопровождающихся постоянным покраснением лица. Многочисленные лекарственные препараты, которое она использовала для терапии «акне» зачастую ухудшали состояние кожи, вызывая ощущение сухости и раздражения. Декоративная косметика, наносимая для камуфлирования высыпаний и покраснения, также вызывала раздражение. Пациентка указывала, что состояние кожи ухудшалось после солнечного облучения, тепла и стресса, а также что употребление красного вина провоцировало «приливы» и покраснение. Отрицает использование топических кортикостероидов на кожу лица. Пациентка не беременна, не кормит грудью, принимает КОК.

Физикальное обследование. При осмотре выявлена заметная эритема, поражающая нос, медиальные зоны щек, подбородок. В тех же областях отмечались единичные папулы и пустулы; кожа шеи, груди и спины – свободны от высыпаний. На щеках отмечались телеангиэктазии. Открытых или закрытых комедонов не выявлено. В области волосистой части головы и ушных раковин эритема или шелушение отсутствовали; конъюнктива и ресничный край без патологии.

Вопрос 1:

О каком заболевании идет речь?

(Розацеа).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз поставлен верно.

Диагноз поставлен не полностью: не учтены все имеющиеся у пациентки подтипы.

Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:

Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?

(Диагноз Розацеа установлен на основании жалоб больной на высыпания на лице, сопровождающихся постоянным покраснением лица, ухудшение после солнечного облучения, тепла и стресса, употребления красного вина; осмотра – на коже носа, щек, подбородка на фоне эритемы телеангиэктазии, единичные папулы и пустулы).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью: не перечислены все диагностически значимые симптомы, характерные для розацеа.

Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:

Какое лечение показано больной?

(Рекомендуется наружно азелаиновая кислота или метронидазол или крем ивермектин. Метронидазол (гель 0,75%, крем 1%) наносят на предварительно очищенную кожу тонким слоем 2 раза в сутки, утром и вечером, в течение 3–9 недель; или азелаиновая кислота (крем 15%, гель) наносят на все пораженные участки кожи и слегка втирают 2 раза в сутки (утром и вечером); или 1% ивермектин крем 1 раз в день на все лицо до 16 недель.

В дальнейшем планируется гель Бримонидина для симптоматического устранения эритемы).

Оценка вариантов ответа:

Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность нанесения или приема правильно подобраны.

Перечислены верные группы препаратов, однако дозы и кратность нанесения или приема не подобраны, или выбрана только одна группа препаратов.

Ответ неверный: не перечислены ни одна из верных групп препаратов.

Вопрос 4:

Какие меры предупреждения обострения?

(Предупреждение обострения розацеа заключается в исключении воздействия триггерных факторов: инсоляции, продуктов питания, напитков и фармакологических препаратов, индуцирующих эритему лица, агрессивных косметологических процедур. Показана поддерживающая терапия наружным метронидазолом или азелаиновой кислотой, солнцезащитный крем с высоким фактором защиты).

Оценка вариантов ответа:

Перечислены все меры предупреждения обострения.

Перечислена лишь часть мер предупреждения обострения.

Не перечислено ни одной меры предупреждения обострения.

Вопрос 5.

Какой уход за кожей рекомендован пациентам с розацеа?

(Пациентам рекомендуют бережный уход за кожей с использованием мягкого очищения, увлажняющих средств, предназначенных для чувствительной кожи. Обязательное

использование солнцезащитных средств. Рекомендовано использование лечебных линий космецевтики по уходу за кожей с розацеа).

Оценка вариантов ответа:

Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана верно. Перечислены все основные линии лечебной косметики.

Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана частично верно. Не перечислены основные линии лечебной косметики.

Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана неверно.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 10.

56-летняя женщина с высыпаниями на лице направлена на консультацию ревматологами для исключения диагноза «красная волчанка»

Анамнез. Высыпания на лице появились 6 месяцев назад, в мае, и постепенно прогрессировали. Субъективно сопровождались минимальными ощущениями раздражения и периодическим зудом. Других высыпаний не отмечала. Использовала множество наружных препаратов для лечения акне, включающих бензоила пероксид, а также кратковременно топические глюкокортикостероиды средней степени активности, без клинического эффекта. Пациентка указывала, что страдала от кистозных акне с подросткового возраста. Получала топическую и системную терапию, но системные ретиноиды не получала. Пациентка считает, что юношеские высыпания акне «трансформировались» в ее настоящие высыпания. В анамнезе остеоартрит, а также отмечено повышение антинуклеарных антител, оставшееся необъясненным.

Локальный статус. При осмотре: отечная эритема в форме бабочки, охватывающая области щек и носа. На поверхности эритемы – единичные дискретные папулы, пустулы. Шелушения нет. При осмотре кожи волосистой части головы, ушных раковин и переносицы высыпаний не выявлено. Гирсутизм в области верхней губы и бакенбардов. На коже груди и спины повышенного оволосения не выявлено; оволосение лобка по женскому типу. Алопеции нет.

Лабораторные показатели**.** Клинический анализ крови и общий анализ мочи без патологических изменений. Повышение АНА (антинуклеарных антител) до 1:320, мелкогранулярное свечение. Антитела к двуспиральной ДНК, Smith, Ro (SS-A), и La (SS-B) были отрицательны.

Уровни дегидроэпиандростерон-сульфата, свободного и связанного тестостерона и пролактина были в норме. Уровни ФСГ и ЛГ были повышены в соответствии с менопаузальной нормой.

Вопрос 1:

О каком заболевании идет речь?

(Розацеа).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз поставлен верно.

Диагноз поставлен не полностью: не учтены все имеющиеся у пациентки симптомы.

Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:

Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?

(Диагноз Розацеа установлен на основании жалоб больной на высыпания на лице, сопровождающихся минимальными ощущениями раздражения и периодическим зудом; осмотра – отечная эритема в форме бабочки, охватывающая области щек и носа. На поверхности эритемы – единичные дискретные папулы, пустулы).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью: не перечислены все диагностически значимые симптомы, характерные для розацеа.

Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:

Как вы интерпретируете лабораторные показатели?

(Мелкогранулярное свечение АНА (антинуклеарных антител) и отрицательные антитела к двуспиральной ДНК, Smith, Ro (SS-A), и La (SS-B) исключают диагноз СКВ. У здоровых людей может быть обнаружено мелкогранулярное свечение при низких, умеренных или высоких титрах АНА).

Оценка вариантов ответа:

Лабораторные показатели интерпретированы верно.

Лабораторные показатели интерпретированы частично верно.

Лабораторные показатели интерпретированы полностью неверно.

Вопрос 4:

Какое лечение показано больной?

(Рекомендуется доксициклин 100–200 мг в сутки перорально в течение 14–21 дней, поддерживающая доза – 100 мг в сутки в течение 12 недель.

Наружно: метронидазол (гель 0,75%, крем 1%) наносят на предварительно очищенную кожу тонким слоем 2 раза в сутки, утром и вечером, в течение 3–9 недель, или азелаиновая кислота (крем 15%, гель) наносят на все пораженные участки кожи и слегка втирают 2 раза в сутки (утром и вечером), или 1% ивермектин крем 1 раз в день все лицо до 16 недель.

Солнцезащитный крем с высоким фактором защиты.

При отсутствии эффекта возможно назначение системного изотретиноина в малых дозах).

Оценка вариантов ответа:

Перечислены все меры предупреждения обострения.

Перечислена лишь часть мер предупреждения обострения.

Не перечислено ни одной меры предупреждения обострения.

Вопрос 5.

Какие меры предупреждения обострения?

(Предупреждение обострения розацеа заключается в исключении воздействия триггерных факторов: инсоляции, продуктов питания, напитков и фармакологических препаратов, индуцирующих эритему лица, агрессивных косметологических процедур. Показана поддерживающая терапия наружным метронидазолом или азелаиновой кислотой, солнцезащитный крем с высоким фактором защиты).

Оценка вариантов ответа:

Перечислены все меры предупреждения обострения.

Перечислена лишь часть мер предупреждения обострения.

Не перечислено ни одной меры предупреждения обострения.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:
Заполнение верное
Заполнение с ошибками
Заполнение неверное.

Задача 11.

50-летний мужчина обратился к дерматологу с жалобами на положительные реакции на сифилис, которые были случайно выявлены при обследовании (РИФ и РИТ). Анамнез: не может сказать, как давно реакции на сифилис стали положительными (кровь на сифилис сдавал около 10 лет назад), ранее были беспорядочные половые связи. При осмотре на переносице – узел костной плотности до 2 см в диаметре, телесного цвета, полушаровидной формы, который возник около года назад, не растёт. При рентгенографии лба и носа – костная опухоль исключена.

Вопрос 1:
О каком заболевании идет речь?
(Третичный сифилис. Оссифицированная сифилитическая гумма).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз поставлен верно.
Диагноз установлен не полностью: не учтена форма заболевания.
Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:
Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
(Диагноз «Третичный сифилис. Оссифицированная сифилитическая гумма» установлен на основании данных анамнеза – ранее были беспорядочные половые связи; результатов осмотра переносицы – имеется узел костной плотности до 2 см в диаметре; телесного цвета, полушаровидной формы; результатах лабораторного исследования крови на сифилис – положительных РИТ и РИФ; данных рентгенографии лба и носа – костная опухоль исключена).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз обоснован верно.
Диагноз обоснован не полностью: отсутствует полное обоснование – не указаны результаты рентгенографии лба и носа.
Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:
Какое лечение показано больному?
(Рекомендуются курсы антибиотикотерапии (бензилпенициллина натриевая соль по 1 млн. ЕД в/м каждые 4 часа – 28 дней, или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки – 28 дней) в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению третичного сифилиса.
После проведения специфического лечения необходимо поставить вопрос о хирургической коррекции косметического дефекта – иссечении оссифицированной гуммы).
Оценка вариантов ответа:
Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность введения подобраны правильно.
Правильно указана тактика ведения пациента, верные группы препаратов, однако их дозы и режим введения препаратов указаны неверно.
Ответ неверный: неправильно указана тактика ведения и используемые препараты.

Вопрос 4:

Какие исследования необходимо провести данному пациенту?

(Спинномозговую пункцию для исследования СМЖ (цитологического, серологического – ИФА, РИФ, РПГА, иммуноблоттинг), МРТ).

Оценка вариантов ответа:

Правильно указаны все методы обследования.

Методы обследования указаны не полностью.

Методы обследования указаны неверно.

Вопрос 5.

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать оссифицированную сифилитическую гумму?

(С остеофибромой, с костной мозолью).

Оценка вариантов ответа:

Перечень заболеваний указан верно.

Перечень заболеваний указан не полностью.

Перечень заболеваний указан неверно.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 12.

На прием к дерматологу обратилась мать с сыном трех лет с жалобами высыпания в области подбородка, сопровождающиеся незначительным зудом.

Анамнез. Ребенок болен в течение 5 дней. Первоначально на коже левого бедра появился единичный крупный вялый пузырь, с тонкой покрышкой и прозрачным содержимым, которое со временем помутнело. После разрыва пузыря обнажилась эрозия. Мать смазывала кожу в очаге поражения репейным маслом, однако на фоне лечения эрозия увеличивалась в размере и покрылась желтоватыми корками, в связи, с чем мать обратилась к врачу.

Локальный статус. На коже левого бедра имеется единичная эрозия до 1,5 см в диаметре, с глянцевой поверхностью и бордюром из отслаивающегося рогового слоя, склонная к периферическому росту, с плоскими желтыми корками в центре.

Вопрос 1:

О каком заболевании идет речь?

(Буллезное импетиго).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз поставлен верно.

Диагноз поставлен не полностью: не учтены все имеющиеся у пациента симптомы.

Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:

Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?

(Диагноз установлен на основании анамнеза и клинической картины: первоначально на коже левого бедра появился единичный крупный вялый пузырь, с тонкой покрышкой и прозрачным содержимым, которое со временем помутнело. После разрыва пузыря обнажилась эрозия до 1,5 см в диаметре, с глянцевой поверхностью и бордюром из

отслаивающегося рогового слоя, склонная к периферическому росту, с плоскими желтыми корками в центре).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью: не перечислены все диагностически значимые клинические симптомы.

Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:

Кто является возбудителем?

(Штаммы Staphylococcus aureus II фагогруппы, продуцирующие эксфолиативные токсины и вызывающие токсические поражения кожи, сопровождающиеся эксфолиацией).

Оценка вариантов ответа:

Возбудитель назван правильно, подробно дана его характеристика.

Возбудитель назван правильно, однако не дана его характеристика.

Ответ неверный: возбудитель не назван.

Вопрос 4:

Какое обследование необходимо?

(Окраска по Граму.

Посев материала из очага на флору и чувствительность к антибактериальным препаратам – при подозрении на MRSA.

Посев из носовой полости – для выявления носительства (хроническое, рецидивирующее течение пиодермии)).

Оценка вариантов ответа:

План обследования составлен и обоснован полностью.

План обследования составлен и обоснован не полностью.

Пплан обследования не составлен и не обоснован, или составлен неправильно.

Вопрос 5.

Какой план лечения и профилактических мер для препятствования рецидивирования показан?

(Санация носительства; применение топических антисептиков и антибактериальных препаратов (препараты, содержащие фузидиевую кислоту, мупироцин); при хроническом рецидивирующем течении, при отсутствии эффекта от наружной терапии, наличии общих явлений (лихорадка, недомогание) и регионарных осложнений (лимфаденит, лимфангиит): Амоксициллин/клавуланат, Цефалексин, Оксациллин. При аллергии к β-лактамам – линкозамиды или макролиды, длительность: 10–14 дней.

Предотвращение распространения инфекции на непораженные участки кожи – временное запрещение мытья и посещения бассейнов, обработка антисептиками непораженной кожи вокруг очагов пиодермии, запрещение компрессов, массажа в зоне пиодермии, кипячение белья, полотенец).

Оценка вариантов ответа:

Правильно составлен план лечения и перечислены профилактические меры, перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность нанесения или приема правильно подобраны.

Перечислены верные группы препаратов, однако дозы и кратность нанесения или приема не подобраны, или выбрана только одна группа препаратов, не полностью перечислены профилактические меры.

Ответ неверный: не составлен план лечения, не перечислены меры профилактики, не названы ни одна из верных групп препаратов.

Вопрос 6:
Заполните медицинскую документацию.
Оценка вариантов ответа:
Заполнение верное
Заполнение с ошибками
Заполнение неверное.

Задача 13.

На прием к врачу обратился 16-летний юноша с жалобами на высыпания на коже лица, груди, спины.

Анамнез. Считает себя больным в течение 2-х лет, когда впервые появились высыпания на коже лица. Использовал салициловую болтушку, дегтярное мыло, топические антибиотики, бензоила пероксид, адапален. На фоне терапии отмечался слабоположительный, но кратковременный эффект. Высыпания появились на коже груди, спины, в связи, с чем и обратился.

Локальный статус**.** Процесс носит распространенный характер, с преимущественным поражением кожи лица, груди и верхней трети спины. На фоне жирной кожи – обилие открытых и закрытых комедонов, множественные папуло-пустулезные элементы, единичные узлы.

Вопрос 1:
О каком заболевании идет речь?
(Папуло-пустулезные акне тяжелой степени тяжести).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз поставлен верно.
Диагноз поставлен не полностью, не указана степень тяжести.
Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:
Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
(Диагноз установлен на основании клинической картины: на фоне жирной кожи лица, груди и верхней трети спины – обилие открытых и закрытых комедонов, множественные папуло-пустулезные элементы, единичные узлы).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз обоснован верно.
Диагноз обоснован не полностью: не перечислены все диагностически значимые клинические симптомы.
Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:
Назначьте соответствующее лечение.
(Изотретиноин 0,5 мг на кг массы тела перорально, кумулятивная доза – 150 мг на кг массы тела).
Оценка вариантов ответа:
Перечислены все направления терапии.
Перечислена лишь часть направлений терапии.
Лечение назначено неверно.

Вопрос 4:
Какое обследование необходимо?
(Перед лечением и в процессе лечения (через 4 недели приема, если клинически значимых отклонений не выявлено, далее каждые 3 месяца) – общий анализ крови с

подсчетом формулы; холестерин, липидограмма; АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин).

Оценка вариантов ответа:

План обследования составлен и обоснован полностью.

План обследования составлен и обоснован не полностью.

План обследования не составлен и не обоснован, или составлен неправильно.

Вопрос 5.

Какая наружная терапия показана этому пациенту в период лечения изотретиноином?

(Средства лечебной косметики для ухода за жирной, но обезвоженной вследствие дерматологического лечения кожей, для профилактики и купирования побочных эффектов лекарственной терапии).

Оценка вариантов ответа:

Правильно названа линейка средств лечебной косметики, приведены примеры.

Правильно названа линейка средств лечебной косметики, не приведены примеры.

Ответ неверный: не названа линейка средств лечебной косметики.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 14.

Больная П., 62 года, поступила в стационар с жалобами на повышение температуры тела до 38°С, слабость, влажный кашель, высыпания на коже лица, корпуса, конечностей, сопровождающиеся сильным зудом.

Анамнез. Считает себя больной в течение 9 дней, когда на фоне резкого подъема температуры до 39°С. появился озноб, слабость, мышечные боли, головная боль, першение в горле, сухой кашель. В течение 3-х дней лечилась домашними средствами, без эффекта. На 4-й день заболевания обратилась в поликлинику, где был поставлен диагноз грипп и назначено лечение: жаропонижающие, содержащее парацетамол, и отхаркивающие средства, аскорбиновая кислота, обильное питье. На фоне проводимого лечения самочувствие больной улучшилось. Однако на 8-й день заболевания – вновь повышение температуры тела до 37,5°С, и появление высыпаний коже лица, шеи. В дальнейшем высыпания быстро распространялись на кожу туловища и верхних и нижних конечностей.

Локальный статус. Процесс носит распространенный характер, с преимущественной локализацией на коже лица, туловища и конечностей. Высыпания представлены эритематозными элементами, с гладкой поверхностью, до 4-х см в диаметре, местами сливающиеся между собой. При осмотре слизистой рта обнаружены эрозии на слизистой щек и десен.

Вопрос 1:

О каком заболевании идет речь?

(Токсикодермия, на фоне приема лекарственных средств).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз поставлен верно.

Диагноз поставлен не полностью, не указана причина.

Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:

Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?

(Диагноз установлен на основании анамнеза и клинической картины: на фоне приема лекарственных средств появление распространенных высыпаний на коже голеней, бедер, предплечий, живота и верхней трети спины, лица. Высыпания на коже представлены эритематозными элементами, большинство – с гладкой поверхностью, на некоторых – шелушение, до 4 см в диаметре, местами сливающиеся между собой, на слизистой щек и десен – эрозии. Высыпания сопровождаются сильным зудом).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью: не перечислены все диагностически значимые клинические симптомы

Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:

Дифференциальный диагноз.

(От розеолезных сифилидов – наличие зуда и шелушения.

От розового лишая Жибера – отсутствие «материнского пятна», овальных пятнистых высыпаний в виде медальонов, обильными высыпаниями на лице и конечностях, связью с приемом лекарственного средства.

От болезни кошачьих царапин (фелиноза) – отсутствием характерного для него регионарного лимфаденита.

От пятнистого псориаза – отсутствием симптомов стеаринового пятна, терминальной пленки и кровяной росы).

Оценка вариантов ответа:

Выявлены все дифференциально-диагностические признаки, позволяющие поставить правильный диагноз.

Выявлены не все дифференциально-диагностические признаки, позволяющие поставить правильный диагноз

Не выявлены дифференциально-диагностические признаки, позволяющие поставить правильный диагноз.

Вопрос 4:

Назначьте соответствующее лечение?

(Прекратить прием всех медикаментов, кроме жизненно необходимых, которые невозможно заменить препаратами иной группы. обильное питье, энтеросорбенты (полифепан, лактофильтрум, энтеросгель) в средней терапевтической дозировке 3 раза в сутки в промежутках между приемами пищи или лечебных средств.

Блокаторы H_1-гистаминовых рецепторов 2-го поколения.

Детоксикационная терапия – внутривенное введение 30% раствора тиосульфата натрия по 10 мл).

Оценка вариантов ответа:

Перечислены верные группы препаратов, дозы приема правильно подобраны, приведены примеры блокаторов H_1-гистаминовых рецепторов 2-го поколения.

Перечислены верные группы препаратов, однако, дозы и кратность приема не подобраны, не приведены примеры блокаторов H_1-гистаминовых рецепторов 2-го поколения.

Ответ неверный: не перечислены ни одна из верных групп препаратов.

Вопрос 5.

Какова тактика при отсутствии эффекта от лечения?

(Возможна замена антигистаминного препарата. При отсутствии эффекта – системные глюкокортикостероиды перорально и/или парентерально, в дозе не менее 30–35 мг в сутки в пересчете на преднизолон).

Оценка вариантов ответа:

Правильно выбрана тактика при отсутствии эффекта, дозы приема и пути введения правильно подобраны.

Правильно выбрана тактика при отсутствии эффекта, однако дозы и пути введения препаратов не подобраны.

Ответ неверный: не выбрана тактика при отсутствии эффекта.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 15.

Девушка 22-х лет обратилась к дерматовенерологу с жалобами на обильные гнойные выделения из влагалища, жжение, болезненность при мочеиспускании, болезненность при половом акте, боли при глотании.

Анамнез заболевания: первые симптомы заболевания появились через 5 дней после незащищенного генитального и орального полового контакта с малознакомым половым партнером. Сначала возник зуд и жжение в области влагалища, затем через 1–2 дня появились вышеперечисленные симптомы. Не обследовалась, не лечилась. В связи с прогрессированием симптомов заболевания больная обратилась на 7-й день к дерматовенерологу.

При осмотре – определяется умеренная гиперемия в области наружных половых органов, мацерация в складках со слизисто-гнойным отделяемым. При осмотре на зеркалах – выраженная гиперемия, отек слизистой влагалища, диссеминированные (местами кровоточащие) эрозии, обильное гнойное отделяемое; из канала шейки матки гнойное отделяемое, эрозии. Нёбные миндалины гиперемированы, отёчны, гнойное отделяемое из лакун, определяется двустороннее увеличение угло-челюстных лимфоузлов, их болезненность при пальпации. Кожа и видимые слизистые в других областях без патологических изменений.

При лабораторном обследовании в мазках, окрашенных по Граму, обнаружен гонококк, определяется лейкоцитоз – лейкоциты в большом количестве во всех полях зрения в соскобах из влагалища, цервикального канала.

Вопрос 1:

О каком заболевании идет речь?

(Гонорея. Гонококковые вульвовагинит, цервицит, фарингит).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз поставлен верно.

Диагноз поставлен не полностью: не учтены все имеющиеся у пациентки синдромы.

Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:

Что позволяет верифицировать данное заболевание?

(Диагноз «Гонорея. Гонококковые вульвовагинит, цервицит, фарингит» установлен на основании жалоб больной на обильные гнойные выделения из влагалища, жжение,

болезненность при мочеиспускании, болезненность при половом акте, боли при глотании, данных анамнеза: появление жалоб после незащищенного полового контакта после инкубационного периода, характерного для гонореи, по данным осмотра – определяются данные за ИППП, синдромы вульвита, кольпита и цервицита в виде гиперемии в области наружных половых органов, мацерации в складках со слизисто-гнойным отделяемым; при осмотре на зеркалах – выраженная гиперемия, отек слизистой влагалища, диссеминированные (местами кровоточащие) эрозии, обильное гнойное отделяемое; из канала шейки матки гнойное отделяемое, эрозии.; синдром фарингита – нёбные миндалины гиперемированы, отёчны, гнойное отделяемое из лакун, определяется двустороннее увеличение угло-челюстных лимфоузлов, их болезненность при пальпации. По лабораторным данным – результаты микроскопии – обнаружен гонококк).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из синдромов (неполная топическая диагностика).

Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:

Какое лечение показано больной?

(Рекомендуется цефтриаксон – 500 мг внутримышечно однократно, или цефиксим 400 мг перорально однократно. Альтернативный препарат: спектиномицин – 2,0 г внутримышечно однократно).

Оценка вариантов ответа:

Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность нанесения или приема правильно подобраны.

Перечислены верные группы препаратов, однако, дозы и кратность приема не подобраны или выбрана только одна группа препаратов.

Ответ неверный: не перечислены ни одна из верных групп препаратов.

Вопрос 4:

Какие требования предъявляются к результатам лечения? Какие лабораторные критерии используются для этого?

(Эрадикация *N. gonorrhoeae*; клиническое выздоровление. Установление излеченности гонококковой инфекции проводится на основании культурального метода исследования или метода амплификации РНК (NASBA) через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени), не ранее, чем через месяц после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат).

Оценка вариантов ответа:

Перечислены все требования к результатам лечения, перечислены все лабораторные критерии излеченности.

Перечислена лишь часть требований к результатам лечения; не полностью указаны лабораторные критерии излеченности.

Не перечислены требования к результатам терапии и лабораторные критерии излеченности.

Вопрос 5.

Какие обследования проводятся при неустановленном источнике инфицирования у пациента с ИППП (выявленной у данного пациента инфекцией) после окончания лечения?

(При неустановленном источнике инфицирования рекомендуется провести повторное серологическое исследование на сифилис через 3 месяца; на ВИЧ, гепатиты В и С – через 3–6–9 месяцев).

Оценка вариантов ответа:

Дальнейшая тактика обследования пациента с ИППП выбрана верно. Перечислен полный объём лабораторных исследований и указаны правильно временные интервалы обследований.

Дальнейшая тактика обследования пациента с ИППП выбрана частично верно. Не полностью перечислен объём лабораторных исследований, неверно указаны временные интервалы обследований.

Дальнейшая тактика обследования пациента с ИППП выбрана неверно. Неправильно указан объём лабораторных исследований, неправильно указаны временные интервалы обследований.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 16.

Мужчина 32 лет обратился к дерматовенерологу с жалобами на обильные гнойные выделения из уретры, жжение, болезненность при мочеиспускании (более выраженная в начале), болезненность при половом акте. Мужчина 32 лет обратился к дерматовенерологу с жалобами на обильные гнойные выделения из уретры, жжение, болезненность при мочеиспускании (более выраженная в начале), болезненность при половом акте. Не обследовался, не лечился. В связи с прогрессированием симптомов заболевания больной обратился на 7 день к дерматовенерологу. Половая жизнь с 17 лет. Ранее ИППП отрицает.

При осмотре – определяется отёк и гиперемия в области губок уретры, обильное гнойное отделяемое из уретры, определяемое повторно уже через 30 минут после мочеиспускания. Пальпация уретры болезненная. Кожа и видимые слизистые в других областях без патологических изменений.

При лабораторном обследовании в мазках из уретры окрашенных по Граму обнаружен гонококк, лейкоцитоз – лейкоциты в большом количестве во всех полях зрения.

Вопрос 1:

О каком заболевании идет речь?

(Гонорея. Гонококковый уретрит).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз поставлен верно.

Диагноз поставлен не полностью: не учтен синдромальный диагноз.

Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:

Что позволяет верифицировать данное заболевание?

(Диагноз «Гонорея. Гонококковый уретрит» установлен на основании жалоб больного – обильные гнойные выделения из уретры, жжение, болезненность при мочеиспускании (более выраженная в начале), болезненность при половом акте; данных анамнеза – появление жалоб после незащищенного полового контакта после инкубационного периода, характерного только для гонореи (на вторые сутки); по данным осмотра – определяются данные за ИППП, синдром уретрита в виде отёка и гиперемия в области губок уретры, обильное гнойное отделяемое из уретры, определяемое повторно уже через 30 минут после

мочеиспускания, пальпация уретры болезненная; по лабораторным данным – результаты микроскопии: обнаружен гонококк, лейкоцитоз).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование или не указан синдром уретрита (не полная топическая диагностика).

Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:

Какое лечение показано больному?

(Рекомендуется: цефтриаксон – 500 мг внутримышечно однократно или цефиксим – 400 мг перорально однократно. Альтернативный препарат: спектиномицин – 2,0 г внутримышечно однократно).

Оценка вариантов ответа:

Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность нанесения или приема правильно подобраны.

Перечислены верные группы препаратов, однако, дозы и кратность приема не подобраны или выбрана только одна группа препаратов.

Ответ неверный: не перечислены ни одна из верных групп препаратов.

Вопрос 4:

Какие требования предъявляются к результатам лечения? Какие лабораторные критерии используются для этого?

(Эрадикация *N. gonorrhoeae*; клиническое выздоровление. Установление излеченности гонококковой инфекции проводится на основании культурального метода исследования или метода амплификации РНК (NASBA) через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее, чем через месяц после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат).

Оценка вариантов ответа:

Перечислены все требования к результатам лечения, перечислены все лабораторные критерии излеченности.

Перечислена лишь часть требований к результатам лечения; не полностью указаны лабораторные критерии излеченности.

Не перечислено ни одного требования к результатам терапии и лабораторные критерии излеченности.

Вопрос 5.

Какие обследования проводятся при неустановленном источнике инфицирования у пациента с ИППП (выявленной у данного пациента инфекцией) после окончания лечения?

(При неустановленном источнике инфицирования рекомендуется провести повторное серологическое исследование на сифилис через 3 месяца; на ВИЧ, гепатиты В и С – через 3–6–9 месяцев).

Оценка вариантов ответа:

Дальнейшая тактика обследования пациента с ИППП выбрана верно. Перечислен полный объём лабораторных исследований и указаны правильно временные интервалы обследований.

Дальнейшая тактика обследования пациента с ИППП выбрана частично верно. Не полностью перечислен объём лабораторных исследований, неверно указаны временные интервалы обследований.

Дальнейшая тактика обследования пациента с ИППП выбрана неверно. Неправильно указан объём лабораторных исследований, неправильно указаны временные интервалы обследований.

Вопрос 6:
Заполните медицинскую документацию.
Оценка вариантов ответа:
Заполнение верное
Заполнение с ошибками
Заполнение неверное.

Задача 17.

Мужчина – пассивный гомосексуалист 28 лет обратился к дерматовенерологу с жалобами на скудные слизисто-кровянистые выделения из ануса, зуд и жжение в прямой кишке, болезненность при дефекации.

Анамнез заболевания: первые симптомы заболевания появились через 7 дней после незащищенного анального полового контакта с непостоянным половым партнером. Первоначально беспокоили зуд, жжение. Через 2–3 дня появились выделения из прямой кишки, боль при дефекации. Не обследовался, не лечился. В связи с прогрессированием симптомов заболевания больной обратился на 13-й день к дерматовенерологу.

При осмотре – определяется отёк и гиперемия в области ануса, скудные слизисто-гнойные выделения из ануса. При пальцевом ректальном исследовании болезненность, на перчатке определяется отделяемое из кишки слизисто-гнойного и слизисто-геморрагического характера. Кожа и видимые слизистые в других областях без патологических изменений.

Вопрос 1:
Какой предварительный диагноз можно предположить у пациента?
(Гонококковая инфекция аноректальной области (гонококковый проктит)).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз поставлен верно.
Диагноз поставлен не полностью: не учтен синдромальный диагноз, не указан предположительный этиологический диагноз.
Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:
Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
(Диагноз «Гонококковая инфекция аноректальной области (гонококковый проктит)» установлен на основании жалоб больного – скудные слизисто-кровянистые выделения из ануса, зуд и жжение в прямой кишке, болезненность при дефекации; данных анамнеза – появление жалоб после незащищенного анального полового контакта с инкубационным периодом, характерным только для гонореи (на седьмые сутки); по данным осмотра – определяются данные за ИППП, при этом синдром проктита (в виде отёка и гиперемии в области ануса, наличии скудных слизисто-гнойных выделений из ануса; при пальцевом ректальном исследовании болезненность, на перчатке определяется отделяемое из кишки слизисто-гнойного и слизисто-геморрагического характера) характерен либо для гонококковой, либо для хламидийной инфекции).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз обоснован верно.
Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование или не указан синдром проктита (поражение аноректальной области); не указан предположительный или указан неверно этиологический диагноз.

Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:

Какие методы лабораторной диагностики должны использоваться для верификации диагноза выявленной у данного пациента инфекции аноректальной области?

(Верификация диагноза гонококковой инфекции аноректальной области базируется на результатах лабораторных исследований – обнаружении N. gonorrhoeae или генетического материала возбудителя с помощью одного из методов:

– микроскопического исследования препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму. Метод характеризуется низкой чувствительностью (45–64%) при исследовании ректальных проб;

– культурального исследования с использованием селективных питательных сред и определением ферментативных свойств N. gonorrhoeae (оксидазный тест и тесты ферментации сахаров). Метод позволяет определять чувствительность гонококков к антибактериальным препаратам. Рекомендован к использованию в данном случае;

– молекулярно-биологических методов исследования, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК N. gonorrhoeae, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации (альтернатива культуральной диагностики)).

Оценка вариантов ответа:

Перечислены верно рекомендованные исследования, указана их специфичность и чувствительность, обоснованно указаны рекомендованные методы.

Перечислены верно рекомендованные исследований, указана их специфичность и чувствительность, указаны рекомендованные методы, однако перечень неполный, отсутствует обоснование выбора методов.

Ответ неверный: методы перечислены неверно, не выбраны рекомендованные методы.

Вопрос 4:

Какое лечение показано больному?

(Рекомендуется цефтриаксон – 500 мг внутримышечно однократно, или цефиксим – 400 мг перорально однократно. Альтернативный препарат: спектиномицин – 2,0 г внутримышечно однократно).

Оценка вариантов ответа:

Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность приема правильно подобраны.

Перечислены верные группы препаратов, однако дозы и кратность приема не подобраны или выбрана только одна группа препаратов.

Ответ неверный: не перечислены ни одна из верных групп препаратов.

Вопрос 5.

Какие требования предъявляются к результатам лечения и какие лабораторные критерии используются для этого?

(Эрадикация *N. gonorrhoeae*; клиническое выздоровление. Установление излеченности гонококковой инфекции проводится на основании культурального метода исследования или метода амплификации РНК (NASBA) через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее, чем через месяц после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат).

Оценка вариантов ответа:

Перечислены все требования к результатам лечения, перечислены все лабораторные критерии излеченности.

Перечислена лишь часть требований к результатам лечения; не полностью указаны лабораторные критерии излеченности.

Не перечислены требования к результатам терапии и лабораторные критерии излеченности.

Вопрос 6:
Заполните медицинскую документацию.
Оценка вариантов ответа:
Заполнение верное
Заполнение с ошибками
Заполнение неверное.

Задача 18.

У пациента К. 34-х лет внезапно появилась боль в горле при глотании, ухудшение общего самочувствия. Участковый терапевт поставил диагноз «ангина» и назначил прием тетрациклина в течение 7-и дней. Заметного эффекта не наблюдалось. Через 10 дней после начала заболевания на видимо здоровой коже туловища появились пузыри с серозным содержимым округлой формы, до 1 см в диаметре. Со слов больной появление пузырей сопровождалось легким зудом. Высыпания были расценены дерматологом как «буллезная токсидермия», предположительно, вследствие приема тетрациклина. Лечение тетрациклином было отменено, назначен прием 40 мг преднизолона. Через 20 дней ввиду существенной положительной динамики прием преднизолона был отменен, после чего высыпания и жалобы возобновились.

Вопрос 1:
Какой диагноз наиболее вероятен по клиническим признакам?
(Начало на слизистой оболочке в области зева, устойчивость к антибиотикотерапии, присоединение пузырных высыпаний с серозным содержимым на фоне неизмененной кожи, нарушение общего самочувствия, возобновление высыпаний после отмены приема преднизолона свидетельствуют в пользу диагноза «вульгарная пузырчатка»).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз обоснован верно.
Диагноз обоснован не полностью.
Диагноз неверен.

Вопрос 2:
Представьте план обследования больного для подтверждения диагноза.
(Проверка симптомов Никольского, Асбо–Хансена, цитологическое исследование, гистологическое исследование, прямая и непрямая РИФ).
Оценка вариантов ответа:
План обследования полный.
План обследования неполный.
План обследования неверный.

Вопрос 3:
Какие результаты проведенных исследований подтвердят клинически предполагаемый диагноз?
(Положительные симптомы Никольского и Асбо–Хансена, обнаружение акантолитических клеток пластами, интраэпителиальный супрабазальный акантолиз с образованием щелевидных полостей, выстланных акантолитическими клетками, отложение IgG и C3 комплемента на уровне межклеточных связей клеток шиповатого слоя эпидермиса).
Оценка вариантов ответа:

Правильно перечислены признаки вульгарной пузырчатки.

Перечислены не все признаки, или некоторые признаки вульгарной пузырчатки неверны.

Ответ неверный: не приведен ни один результат исследования, подтверждающий диагноз.

Вопрос 4:

Назначьте лечение данному пациенту.

(Системное применение глюкокортикостероидных препаратов в дозе порядка 100 мг в сутки (в пересчете на пероральный прием преднизолона) в течение 3–4 недель с последующим снижением, цитостатические препараты (метотрексат 15–30 мг в неделю) или иммунодепрессанты (циклоспорин 5 мг на кг массы тела) до получения клинического эффекта. Наружная терапия, направленная на подавление вторичной инфекции).

Оценка вариантов ответа:

Перечислены все направления терапии.

Перечислена лишь часть направлений терапии.

Лечение назначено неверно.

Вопрос 5.

Меры профилактики клинических обострений.

(Пациенты должны постоянно принимать поддерживающие дозы глюкокортикостероидных препаратов, воздерживаться от инсоляции, чрезмерного физического и умственного перенапряжения. Хирургические вмешательства, зубное протезирование, серьезные травмы должны стать поводом для увеличения поддерживающей дозы в 2–3 раза в течение 5–7 дней с последующим возвратом).

Оценка вариантов ответа:

Профилактические меры описаны правильно.

Меры профилактики приведены неполно.

Предложенные профилактические меры неверны.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 19.

Пациентку Л. 36 лет в течение 4-х лет беспокоят высыпания, сопровождающиеся постоянным существенным зудом и ощущением жжения. Процесс носит волнообразный характер. По рекомендациям врачей получала инъекции глюконата кальция, тиосульфата натрия, капельное введение гемодеза, принимала антигистаминные препараты, энтеросорбенты, аевит. Эффект от терапии не отмечает. Единственное, что незначительно кратковременно снижало зуд – применение кортикостероидных мазей. В момент осмотра на передней поверхности бедер, на разгибательной поверхности предплечий имеются ограниченные участки, на которых сгруппировано располагаются мелкие напряженные пузыри с серозным содержимым, розоватые пятна, папулы до 5 мм в диаметре, мелкие точечные и линейные геморрагические корки, мелкие поверхностные рубцы.

Вопрос 1:

Какой диагноз наиболее вероятен по клиническим признакам?

(Длительное волнообразное течение, жалобы на постоянный интенсивный зуд и ощущение жжения, симметричная локализация высыпаний на разгибательных поверхностях, группировка сыпи, пузырные высыпания, вторичные высыпания в виде рубцов характерны для буллезной формы герпетиформного дерматита (болезни Дюринга)).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью.

Диагноз неверен.

Вопрос 2:

Представьте план обследования больного для подтверждения диагноза.

(Цитологическое исследование содержимого пузырей, гистологическое исследование, прямая РИФ, исследование сыворотки крови методом ИФА).

Оценка вариантов ответа:

План обследования полный.

План обследования неполный.

План обследования неверный.

Вопрос 3:

Какие результаты проведенных исследований подтвердят клинически предполагаемый диагноз?

(Эозинофилия в пузырной жидкости, субэпидермальное расположение полости, содержащей фибрин, нейтрофильные и эозинофильные лейкоциты при патоморфологическом исследовании. Зернистые отложения IgA в сосочковом слое дермы, выявляемые прямой РИФ. ИФА сыворотки определяет содержание IgA-антитела к тканевой трансглютаминазе и к эндомизию).

Оценка вариантов ответа:

Правильно перечислены признаки герпетиформного дерматита.

Перечислены не все признаки, или некоторые признаки герпетиформного дерматита неверны.

Ответ неверный: не приведен ни один результат исследования, подтверждающий диагноз.

Вопрос 4:

Назначьте лечение данному пациенту.

(Длительная и строгая безглютеновая диета, дапсон 1 мг на кг массы тела перорально в сутки или сульфасалазина перорально в дозе 1–2 мг в сутки. Наружная терапия, направленная на борьбу со вторичной инфекцией).

Оценка вариантов ответа:

Перечислены все направления терапии.

Перечислена лишь часть направлений терапии.

Лечение назначено неверно.

Вопрос 5.

Меры профилактики клинических обострений.

(Пациенты должны постоянно соблюдать безглютеновую диету, постоянно или периодически принимать дапсон или сульфасалазин, исключить из рациона продукты, содержащие йод).

Оценка вариантов ответа:

Профилактические меры описаны правильно.

Меры профилактики приведены неполно.

Предложенные профилактические меры неверны.

Вопрос 6:
Заполните медицинскую документацию.
Оценка вариантов ответа:
Заполнение верное
Заполнение с ошибками
Заполнение неверное.

Задача 20.

Больной С. 55 лет. Жалобы на высыпания на коже нижних конечностей, сопровождающиеся выраженным зудом, отечность обеих голеней. Больным себя считает в течение 2,5 лет. Некоторые высыпания за это время разрешились. Работает стеклодувом. 12 лет назад было рожистое воспаление правой голени, 5 лет назад – холецистэктомия. Объективно: на передней поверхности обеих голеней имеются крупные розовато-серые папулы диаметром 1,5–2,5 см неправильной формы, заметно возвышающиеся над уровнем кожи, поверхность их неровная, местами бородавчатая, на некоторых – экскориации. Кроме того, имеются сходные по размерам гиперпигментированные пятна и участки атрофии. На слизистой оболочке щеки справа в течение 2-х лет не заживающая болезненная эрозия 0,5×1,0 см.

Вопрос 1:
Какой диагноз наиболее вероятен по клиническим признакам?
(Длительное течение, жалобы на постоянный интенсивный зуд, симметричная локализация высыпаний на разгибательных поверхностях голеней, сходное по времени поражение слизистой оболочки полости рта, характер высыпаний указывают на диагноз «Лишай гипертрофический (веррукозный) красный плоский. Эрозивная форма красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта»).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз обоснован верно.
Диагноз обоснован не полностью.
Диагноз неверен.

Вопрос 2:
Представьте план обследования больного для подтверждения диагноза.
(Гистологическое исследование, прямая РИФ).
Оценка вариантов ответа:
План обследования полный.
План обследования неполный.
План обследования неверный.

Вопрос 3:
Какие результаты проведенных исследований подтвердят клинически предполагаемый диагноз?
(При патогистологическом исследовании: утолщение рогового слоя, очаговый гиперграну́лёз, неравномерный акантоз, некроз кератиноцитов, разрушение базального слоя, лентовидный лимфогистиоцитарный инфильтрат верхней части дермы. При исследовании методом прямой РИФ на границе между эпидермисом и дермой – отложения IgM).
Оценка вариантов ответа:
Правильно перечислены признаки красного плоского лишая.
Перечислены не все признаки, или некоторые признаки красного плоского лишая неверны.

Ответ неверный: не приведен ни один результат исследования, подтверждающий диагноз.

Вопрос 4:

Назначьте лечение данному пациенту.

(Топические глюкокортикостероидные препараты высокой активности. ПУВА-терапия с наружным применением фотосенсибилизаторов на очаги на голенях. При устойчивости к проводимой терапии используется прием глюкокортикостероидных препаратов в дозе до 1 мг на кг массы тела пациента в сутки в течение нескольких недель).

Оценка вариантов ответа:

Перечислены все направления терапии.

Перечислена лишь часть направлений терапии.

Лечение назначено неверно.

Вопрос 5.

Меры профилактики возможных осложнений.

(С целью максимально ранней диагностики плоскоклеточного рака, который может развиться на фоне поражений слизистых оболочек, 1 раз в 6–12 месяцев должны проводиться клинический осмотр и цитологический тест).

Оценка вариантов ответа:

Профилактические меры описаны правильно.

Меры профилактики приведены неполно.

Предложенные профилактические меры неверны.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 21.

На прием обратилась больная 47 лет с признаками поражения кожи крупных складок, а также слизистых оболочек полости рта и половых органов. Больная тучная, весит 118 кг, страдает сахарным диабетом. В течение двух последних недель принимала антибиотики по поводу обострения хронического бронхита.

Объективно: в кожных складках отмечается гиперемия, мацерация эпителия с образованием эрозий, белесоватые налеты по краям эрозий. Слизистая полости рта ярко-малинового цвета, язык обложен сероватым налетом, на слизистой щек также отмечаются творожистые налеты, легко снимающиеся с помощью шпателя, в углах рта – эрозии с обрывками эпидермиса. В области вульвы отмечается выраженная гиперемия, захватывающая большие и малые половые губы, при осмотре слизистой влагалища и шейки матки определяется большое количество творожистых выделений, гиперемия и отечность стенок, эрозии.

Вопрос 1:

Предположите наиболее вероятный диагноз?

(Поверхностный кандидоз крупных складок и молочница слизистых оболочек (стоматит, вульвовагинит)).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью.

Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

(Диагноз кандидозного поражения кожи крупных складок, слизистых полости рта и вульвовагинита установлен на основании жалоб больного на поражение кожи крупных складок, а также слизистых оболочек полости рта и половых органов, данных анамнеза (в течение двух последних недель принимала антибиотики по поводу обострения хронического бронхита) и данных обследования (в кожных складках – гиперемия, мацерация эпителия с образованием эрозий, белесоватые налеты. Слизистая полости рта ярко-малинового цвета, язык обложен сероватым налетом, на слизистой щек – творожистые налеты, легко снимающиеся с помощью шпателя, в углах рта – эрозии с обрывками эпидермиса)).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью

Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

(Пациентке рекомендовано:

1). Проведение микологического исследования (микроскопия и посев на среду Сабуро) отделяемого эрозий и кожных чешуек из паховых складок, отделяемого со слизистых щек, углов рта, соскоб со слизистой языка, тампон с задней стенки влагалища, вульвы.

2). Консультации эндокринолога, терапевта по поводу имеющегося сахарного диабета и ожирения для коррекции лечения).

Оценка вариантов ответа:

План дополнительного обследования составлен полностью верно.

План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.

План дополнительного обследования составлен полностью неверно.

Вопрос 4:

Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

(Антимикотические средства системного и местного применения. Из системных антимикотиков – флуконазол. Данный препарат является «золотым» стандартом при лечении кандидоза. Для снятия острых явлений воспаления в складках – 1–2 раза в день обработка очагов водными или спиртовыми растворами анилиновых красителей (раствор «Фукорцин»), с последующим применением наружных комбинированных (пимафукорт, тридерм, травокорт и др.), или полиеновых (пимафуцин), или азольных антимикотиков (клотримазол и др.). При кандидозном стоматите показано полоскание полости рта, глотки (3–5 раз в день) антисептическими растворами: 2–3% натрия гидрокарбоната, калия перманганата (розовый цвет), 0,2% хлоргексидина биглюконата, а также йодной водой (5–10 капель настойки йода на 0,5 стакана воды). Из местных антимикотикотических средств при вульвовагините – раствор, крем клотримазола, кетоконазола, бутоконазола нитрат, миконазол, омоконазол, эконазол, которые наносят тонким слоем на пораженные участки кожи и слизистых оболочек 2–3 раза в сутки и осторожно втирают. Курс лечения в среднем составляет около 4-х недель. При исчезновении клинических проявлений заболевания целесообразно продолжить терапию препаратом еще в течение 14 дней).

Оценка вариантов ответа:

Выбор препаратов сделан правильно и обоснован.

Выбраны правильные группы антимикотических препаратов, однако выбор не обоснован.

Ответ неверный: названы любые другие группы антимикотических лекарственных препаратов, кроме флуконазола.

Вопрос 5.

Через 4 недели лечения (флуконазол 150 мг в неделю + наружно крем, пудра, раствор клотримазола) сохраняются жалобы на поражение крупных складок. При микроскопии кожных чешуек из очагов поражения дрожжевые клетки обнаружены в небольшом количестве. Глюкоза сыворотки крови – 7мкг/\л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

(Курс флуконазола считать законченным, продолжить наружное лечение и динамическое наблюдение. Необходимо уточнить рацион питания пациентки и рекомендовать консультацию эндокринолога и терапевта. Очень важным мероприятием является высушивание кожи складок перед нанесением антифунгального средства. Ускоряет выздоровление применение борно-нафталановой пасты поверх антимикотика с обязательным последующим прокладыванием складок марлевыми салфетками).

Оценка вариантов ответа:

Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.

Тактика ведения пациента выбрана верно, однако она не обоснована, или обоснована неверно.

Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 22.

На прием к дерматологу обратилась больная 42 лет, кондитер, с жалобами на зуд и жжение в области межпальцевых складках кистей.

Из анамнеза. Считает себя больной в течение 2-х месяцев. В складке между 3 и 4 пальцами правой кисти первоначально появились вялые пузырьки, которые быстро вскрылись, и образовалась эрозия. Занималась самолечением, смазывала кожу в очаге поражения Флуцинаром. Лечение было неэффективным. Из сопутствующих заболеваний отмечает сахарный диабет легкой степени.

Локальный статус. В третьей межпальцевой складке правой кисти имеется эрозия розово-красного цвета с умеренно-мокнущей, гладкой, блестящей поверхностью, резко ограниченная от здоровой кожи. По периферии эрозии видны обрывки мацерированного эпидермиса, имеющего перламутровый оттенок. В глубине межпальцевой складки имеется трещина. Эрозия не выходит за пределы основной фаланги.

Вопрос 1:

Предположите наиболее вероятный диагноз?

(Кандидозное интертриго III межпальцевой складки правой кисти).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью.

Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

(Диагноз кандидозного поражения кожи III межпальцевой складки правой кисти установлен на основании жалоб больного на зуд и поражение кожи складки, данных анамнеза (лечение Флуцинаром было неэффективным) и данных обследования (эрозия розово-красного цвета с умеренно-мокнущей, гладкой, блестящей поверхностью, резко ограниченная от здоровой кожи; эрозия не выходит за пределы основной фаланги; по периферии эрозии обрывки белесоватого мацерированного рогового слоя эпидермиса; в глубине межпальцевой складки – трещина)).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью

Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

(Пациентке рекомендовано:

1). Проведение микологического исследования (микроскопия и посев на среду Сабуро отделяемого эрозии III межпальцевой складки правой кисти).

2). Исследование сыворотки крови на содержание глюкозы).

Оценка вариантов ответа:

План дополнительного обследования составлен полностью верно.

План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.

План дополнительного обследования составлен полностью неверно.

Вопрос 4:

Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии?

(Антимикотические средства местного применения. Для снятия острых явлений воспаления в межпальцевой складке – 1–2 раза в день обработка очага водными или спиртовыми растворами анилиновых красителей (раствор «Фукорцин») с последующим применением наружных комбинированных антимикотиков (Пимафукорт, Тридерм, Травокорт и др.), или полиеновых (Пимафуцин), или азольных антимикотиков (Клотримазол и др.). Курс лечения в среднем составляет около 2 недель).

Оценка вариантов ответа:

Выбор препаратов сделан правильно и обоснован.

Выбраны правильные группы антимикотических препаратов, однако выбор не обоснован.

Ответ неверный: названы другие группы лекарственных препаратов.

Вопрос 5.

Через 4 недели пациентка при очередной явке предъявила жалобы на малую эффективность лечения. После 2-х недельного курса высыпания разрешились, но вновь появились после того, как она вновь приступила к работе кондитером, на которой она должна работать в перчатках. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

(Продолжить наружное лечение и динамическое наблюдение. Необходимо уточнить рацион питания пациентки и рекомендовать консультацию эндокринолога и терапевта. Очень важным мероприятием является высушивание кожи складки перед нанесением антифунгального средства с последующим применением борно-нафталановой пасты поверх антимикотика с обязательным прокладыванием складок марлевыми салфетками. В течение 6-и месяцев работа в перчатках больной не показана. Ежедневный контроль глюкозы крови).

Оценка вариантов ответа:

Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
Тактика ведения пациентки выбрана верно, однако не обоснована
Тактика ведения данной пациентки выбрана полностью неверно.

Вопрос 6:
Заполните медицинскую документацию.
Оценка вариантов ответа:
Заполнение верное
Заполнение с ошибками
Заполнение неверное.

Задача 23.

На прием к дерматологу обратилась мать с ребенком 7 лет, у которого на волосистой части головы она обнаружила очаг обломанных волос.

При осмотре: на волосистой части головы имеется очаг размером 2 см в диаметре, в котором волосы обломаны на одном уровне. Пеньки 4–8мм. Очаг покрыт муковидными чешуйками. Под люминесцентной лампой с фильтром Вуда обнаружено светло-зеленое свечение пеньков.

Вопрос 1:
Предположите наиболее вероятный диагноз?
(Микроспория волосистой части головы).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз обоснован верно.
Диагноз обоснован не полностью.
Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:
Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
(Диагноз микроспории волосистой части головы установлен на основании жалоб матери больного на поражение кожи волосистой части головы и данных обследования (в очаге – волосы обломаны на одном уровне; пеньки – 4–8мм; очаг покрыт муковидными чешуйками; под люминесцентной лампой – светло-зеленое свечение пеньков).).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз обоснован верно.
Диагноз обоснован не полностью
Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:
Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
(Пациенту рекомендовано:
1). Проведение микологического исследования (микроскопия и посев на среду Сабуро пеньков волос и кожных чешуек из очага поражения);
2). Сбор эпидемиологического анамнеза для выявления источника заражения и проведения противоэпидемических мероприятий в очаге;
3) все домашние животные подлежат осмотру у ветеринарного врача с обязательным осмотром под люминесцентной лампой).
Оценка вариантов ответа:
План дополнительного обследования составлен полностью верно.
План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
План дополнительного обследования составлен полностью неверно.

Вопрос 4:

Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии?

(Антимикотические средства системного и местного применения. Из системных антимикотиков – гризеофульвин. Данный препарат является «золотым» стандартом при лечении микроспории волосистой части головы из расчета 22 мг на кг массы тела, но не более 8 таблеток в сутки. Гризеофульвин назначают в 3–4 приема с жирной пищей или после еды с гранулами рыбьего жира. Непрерывная терапия проводится 4–6 недель до прекращения люминесцентного свечения пеньков в очаге и получения отрицательного анализа на грибы. Затем в той же дозе в течение 2 недель через день. Общий курс лечения составляет 1,5 месяца. Наружное лечение – бритье и йодно-мазевая терапия. Утром очаг смазывают 2–5% раствором йодной настойки, вечером втирают антимикотические кремы (Кетоконазол, Эконазол, Оксиконазол, Сертаконазол, Бифоназол, Изоконазол нитрат, Нафтифин, Тербинафин, Циклопироксоламин), сочетая с 5% серно-салициловой мазью).

Оценка вариантов ответа:

Выбор препаратов сделан правильно и обоснован.

Выбраны правильные группы антимикотических препаратов, однако выбор не обоснован.

Ответ неверный: названы любые другие группы антимикотических лекарственных препаратов, кроме Гризеофульвина.

Вопрос 5.

Какова Ваша дальнейшая тактика?

(После прекращения свечения волос в очаге проводят 3-кратное контрольное микологическое исследование волос из бывшего очага поражения. После 3-х отрицательных анализов на грибы пациент переводится под диспансерное наблюдение в течение 3 месяцев с явкой на контрольное обследование 1 раз в месяц).

Оценка вариантов ответа:

Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.

Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.

Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 24.

На прием к врачу обратился больной 43 лет с жалобами на зуд, сухость, шелушение кожи стоп. Заболел три года назад, когда заметил сухость кожи стоп, трещины. Заболевание связывает с повышенной потливостью стоп, так как работать приходится в цехе с высокой температурой воздуха. Моется ежедневно после смены в общей душевой, дезинфекция которой, как удалось выяснить, не проводится. В настоящее время процесс носит стойкий характер, распространяется на тыл стоп. Сопутствующие заболевания – находится на учете у эндокринолога по поводу дисфункции надпочечников.

Локальный статус: Поражены все межпальцевые складки обеих стоп: шелушение, трещины, кожа подошв сухая, отчетливо видны кожные борозды, в которых отмечается хорошо выраженное муковидное шелушение. Процесс распространяется также на тыльные и

боковые поверхности стоп и пальцев. Подобные эритематозно-сквамозные очаги с валикообразным краем имеются на ягодицах, в паховых областях.

Вопрос 1:
Предположите наиболее вероятный диагноз?
(Микоз стоп и гладкой кожи паховых складок и ягодиц).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз поставлен верно.
Диагноз поставлен не полностью.
Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:
Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
(Диагноз микоза стоп и гладкой кожи паховых складок и ягодиц установлен на основании жалоб больного на зуд, сухость, шелушение кожи стоп и гладкой кожи, данных эпиданамнеза (после работы на производстве обязательное посещение душевой, дезинфекция которой не проводится) и данных обследования (поражены все межпальцевые складки обеих стоп: шелушение, трещины, кожа подошв сухая, отчетливо видны кожные борозды, в которых отмечается хорошо выраженное муковидное шелушение. Процесс распространяется также на тыльные и боковые поверхности стоп и пальцев. Эритематозно-сквамозные очаги с валикообразным краем имеются на ягодицах и в паховых областях)).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз обоснован верно.
Диагноз обоснован не полностью
Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:
Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
(Для подтверждения диагноза пациенту рекомендовано: проведение микологического исследования (микроскопия и посев на среду Сабуро кожных чешуек подошв и кожных чешуек из очагов поражения ягодиц и паховых складок).
Оценка вариантов ответа:
План дополнительного обследования составлен полностью верно.
План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
План дополнительного обследования составлен полностью неверно.

Вопрос 4:
Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии?
(После лабораторного подтверждения микоза стоп рекомендовано назначение антимикотических средства системного и местного применения. Из системных антимикотиков – тербинафин.
Наружно – втирание в очаги 1–2 раза в сутки крема из следующих местных антимикотикотических средств – Кетоконазола, Эконазола, Оксиконазола, Сертаконазола, Бифоназола, Изоконазола нитрата, Нафтифина, Тербинафина, Циклопироксоламина. Курс лечения в среднем составляет 2–3 недели. При исчезновении клинических проявлений заболевания целесообразно продолжить наружную терапию препаратом еще в течение 14 дней).
Оценка вариантов ответа:
Выбор препаратов сделан правильно и обоснован.
Выбраны правильные группы антимикотических препаратов, однако выбор не обоснован.

Ответ неверный: названы любые другие группы антимикотических лекарственных препаратов, кроме тербинафина.

Вопрос 5.

Через 2 месяца больной вновь обратился с жалобами на слабость и поражение кожи паховых складок. При микроскопии кожных чешуек обнаружен мицелий гриба. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

(Больному назначить наружные антимикотические кремы, текущую дезинфекцию вещей. Рекомендовать провести исследование крови на содержание кортизола и консультацию эндокринолога для коррекции эндокринопатии.

После курса лечения взять пациента под диспансерное наблюдение в течение 6 месяцев, с явкой 1 раз в 3 месяца).

Оценка вариантов ответа:

Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.

Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.

Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 25.

К врачу обратился молодой человек с жалобами на выпадение волос. Объективно: в области затылка, висков, бороды имеются очаги полного облысения диаметром 1–1,5 см, округлых очертаний. Кожа в очагах гладкая, шелушения и воспаления нет. В квартире больного имеется кошка с котятами.

Вопрос 1:

Предположите наиболее вероятный диагноз?

(Гнездная алопеция).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз поставлен верно.

Диагноз поставлен не полностью.

Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

(Диагноз гнездной алопеции (ГА) установлен на основании жалоб больного на выпадение волос, и данных обследования (в области затылка, висков, бороды имеются очаги полного облысения диаметром 1–1,5 см, округлых очертаний. Кожа в очагах гладкая, шелушения и воспаления нет).

Оценка вариантов ответа:
Диагноз обоснован верно.
Диагноз обоснован не полностью
Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:
Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
(Для исключения микоза волосистой части головы пациенту рекомендовано проведение микроскопии и посева на среду Сабуро волос с периферии очагов облысения.
Для исключения гнездной сифилитической алопеции показано серологическое обследование на сифилис (РМК).
Для подтверждения диагноза ГА:
– микроскопическое исследования волос, эпилированных из краевой зоны очага (выявление дистрофичных концов волос – признака, патогномоничного для ГА);
– клинический анализ крови;
– определение в крови уровня кортизола (при планировании лечения глюкокортикоидными средствами системного действия – до лечения и спустя 4 недели после его окончания);
– биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, общий белок, билирубин, холестерин, сахар крови, щелочная фосфатаза (при подозрении на токсическую алопецию, а также перед назначением фотохимиотерапии с применением фотосенсибилизаторов внутрь);
– обзорная рентгенография черепа (для исключения объёмных образований области турецкого седла);
– анализ крови на гормоны щитовидной железы (Т3 свободного, Т4 свободного, ТТГ, АТ к ТПО, АТ к ТГ) для исключения патологии щитовидной железы и пролактин для исключения пролактинемии.
По показаниям – консультации других специалистов: невролога, эндокринолога, психотерапевта).
Оценка вариантов ответа:
План дополнительного обследования составлен полностью верно.
План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
План дополнительного обследования составлен полностью неверно.

Вопрос 4:
Какое медикаментозное лечение назначите пациенту с данным заболеванием?
(Наружная терапия: внутриочаговое введение глюкокортикостероидного препарата (триамцинолона ацетонид, суспензия для инъекций каждые 4–6 недель в виде множественных внутрикожных инъекций с интервалом в 0,5–1 см по 0,1 мл вводится иглой 30 калибра длиной 0,5 дюйма, максимальная доза триамцинолона ацетонида за сеанс должна составлять 20 мг).
Ежедневное лечение: утром втирать в очаги топические глюкокортикостероидные препараты (гидрокортизона бутират – крем 0,1%, эмульсия – 2 раза в сутки наружно с продолжительностью терапии до 2 месяцев или мометазона фуроат – крем 0,1%, лосьон – 2 раза в сутки наружно с продолжительностью терапии до 2 месяцев, или метилпреднизолона ацепонат – крем 0,1%, эмульсия –2 раза в сутки наружно с продолжительностью терапии до *2* месяцев). Вечером – Миноксидил – раствор 2% – наружно под окклюзионную повязку до возобновления роста волос).
Оценка вариантов ответа:
Выбор препаратов сделан правильно и обоснован.
Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован.
Ответ неверный: не перечислены ни одна из верных групп препаратов.

Вопрос 5.

Спустя 3 месяца после окончания лечения больной обратился вновь. После лечения возобновился рост волос в очагах облысения. Но месяц назад пациента уволили с работы. На фоне стресса волосы стали обильно выпадать по всей голове, обнажая ее. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

(Диагноз: субтотальная алопеция, прогрессирующая стадия. Системная терапия: преднизолон, таблетки, начиная с 40 мг в сутки перорально (с постепенным снижением дозы) в течение 6 недель. Наружная терапия: Миноксидил – раствор 5% – 2 раза в сутки наружно под окклюзионную повязку до возобновления роста волос.

Немедикаментозная терапия: ПУВА-терапия. Используется псорален и его производные в дозе 0,5 мг на кг массы тела за 2 часа до процедуры. Доза облучения – с постепенным увеличением от 1 Дж на 1см^2 до 15 Дж на 1см^2).

Оценка вариантов ответа:

Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.

Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.

Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 26.

На прием к врачу родители привели девочку 6 лет. Они обеспокоены неправильным развитием костей нижних конечностей, частыми головными болям и недостаточным развитием интеллекта. Родилась вне акушерского стационара, развивалась, не отставая в физическом развитии от сверстников. Часто болела простудными заболеваниями, устанавливался диагноз рахита.

Локальный статус. Кожный покров без высыпаний. Лимфоузлы не увеличены. Обращают на себя внимание деформированные нижние конечности (искривление голеней кпереди). Интеллект не соответствует возрасту. Снижена память.

Вопрос 1:

Предположите наиболее вероятный диагноз?

(Поздний врожденный сифилис).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз поставлен верно.

Диагноз поставлен не полностью.

Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

(Предположительный диагноз установлен на основании жалоб матери на неправильное развитие костей нижних конечностей у ребенка, частые головные боли у нее и недостаточное развитие интеллекта, на основании данных анамнеза (девочка родилась вне акушерского стационара) и данных обследования (деформация нижних конечностей – искривление костей голеней кпереди, снижение интеллекта и памяти).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью
Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:
Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
(1. Клинико-серологическое обследование ребенка;
2. Рентгеновское исследование костей голеней у ребенка).
Оценка вариантов ответа:
План дополнительного обследования составлен полностью верно.
План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
План дополнительного обследования составлен полностью неверно.

Вопрос 4:
У ребенка выявлена стойкая позитивность КСР, РИФ и РИТ, при рентгеновском исследовании – выявлены истинные саблевидные голени. Дальнейшая врачебная тактика?
(Проведение клинико-серологического обследования матери (анамнез матери, наличие у матери диагноза позднего сифилиса, положительные РСК с кардиолипиновым антигеном (в количественном варианте) и РМП (в количественном варианте, титры не высокие)), РИФ-Абс. или ИФА или РПГА, при возможности РИБТ; серологические реакции с ликвором: РСК с кардиолипиновым и трепонемным антигенами, РИФ с цельным ликвором.
Консультации педиатра, офтальмолога, отоларинголога, невропатолога).
Оценка вариантов ответа:
Дальнейшая врачебная тактика сделана правильно и обоснована.
Дальнейшая врачебная тактика сделана не полностью.
Ответ неверный.

Вопрос 5.
Назначьте лечение ребенку.
(Лечение позднего врожденного сифилиса: прокаин-пенициллин в суточной дозе из расчета 50 000 ЕД на 1 кг массы тела 1 раз в сутки в течение 28 дней; через 2 нед – повторный курс лечения в течение 14 дней).
Оценка вариантов ответа:
Лечение выбрано верно.
Лечение выбрано верно, однако не обосновано.
Лечение выбрано полностью неверно.

Вопрос 6:
Заполните медицинскую документацию.
Оценка вариантов ответа:
Заполнение верное
Заполнение с ошибками
Заполнение неверное.

Задача 27.
На прием к педиатру обратилась женщина с ребенком, у которого на 8-й неделе жизни появились кожные изменения на лице, ладонях, подошвах. Ребенку 2 месяца. При осмотре: на ладонях, подошвах, вокруг рта – кожа багрово-синюшного цвета, инфильтрирована, блестящая, радиальные трещины вокруг рта. Серологическое обследование матери на сифилис было проведено в первой половине беременности.

Вопрос 1:
Предположите наиболее вероятный диагноз?

(Ранний врожденный сифилис с симптомами).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз поставлен верно.

Диагноз поставлен не полностью.

Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

(Предположительный диагноз раннего врожденного сифилиса с симптомами установлен на основании жалоб матери на поражение кожи ладоней, подошв, лица, на основании данных анамнеза (первые высыпания появились на 8-й неделе жизни; серологическое обследование матери на сифилис перед родами проведено не было) и данных клиники (у ребенка на ладонях, подошвах, вокруг рта – кожа багрово-синюшного цвета, инфильтрирована, блестящая с радиальными трещинами вокруг рта).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью

Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:

Какая тактика врача-педиатра?

(Направить маму и ребенка на консультацию к врачу-дерматовенерологу).

Оценка вариантов ответа:

Тактика полностью верная.

Тактика полностью верная, однако, нет обоснования.

Тактика неверная.

Вопрос 4:

Для подтверждения диагноза составьте план обследования.

(Клинико-серологическое обследование матери: РМП или РСК, РПГА или ИФА или РИФ-Абс; серологическое обследование ребенка: РСК, РИБТ, РИТ или РПГА, или ИФА, или РИФ, или FTA-200, или РИФ-Абс., или 19S (IgM) FTA-ABC , или IgM-(Captia syphilis-M), или IgM ELISA ,или IgG (IgM)-тест-ловушка, или метод иммуноблотинга для определения IgG ,или IgM, или ПЦР).

Оценка вариантов ответа:

План обследования сделан правильно и обоснован.

План обследования правильный, но не полный.

План обследования неверный.

Вопрос 5.

Какова Ваша лечебная тактика?

(Назначение водно-кристаллического бензатинпенициллина G 50000 ЕД/кг в/м или в/в ежедневно с разделением на 2 дозы в течение минимум 10 дней или водный раствор прокаин бензатинпенициллина G 50000 ЕД/кг внутримышечно одной дозой в течение 10 дней).

Оценка вариантов ответа:

Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.

Тактика ведения пациента выбрана верно, однако неполная

Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное
Заполнение с ошибками
Заполнение неверное.

Задача 28.

35-летний мужчина обратился к дерматологу с жалобами на воспаление в области рубца на лбу после автомобильной аварии, произошедшей 4 месяца назад. Анамнез: 4 месяца назад попал в автомобильную аварию, в результате которой лбом ударился о лобовое стекло, разбил его и рассёк кожу. Рана зажила самостоятельно, хирургическая обработка не проводилась. При осмотре на лбу – гипертрофический рубец линейной формы до 3 см в длину, красно-коричневатого цвета, при витропресии – симптом «яблочного желе» положительный. Других высыпаний на коже нет. Рентгенография органов грудной клетки – без патологических изменений.

Вопрос 1:
О каком заболевании идет речь?
(Саркоидная реакция кожи (на стекло)).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз поставлен верно.
Диагноз установлен не полностью: не учтён причинный фактор.
Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:
Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
(Диагноз «Саркоидая реакция кожи» установлен на основании данных анамнеза: 4 месяца назад автомобильная авария с формированием раны в результате удара о стекло (при этом стекло разбилось), отсутствовала хирургическая обработка раны, результатов осмотра лба – имеется гипертрофический рубец линейной формы до 3 см в длину, красно-коричневатого цвета, дающий при витропресии положительный симптом «яблочного желе», данных рентгенографии органов грудной клетки – без патологических изменений).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз обоснован верно.
Диагноз обоснован не полностью: отсутствует полное обоснование – не указаны результаты рентгенографии органов грудной клетки.
Диагноз обоснован полностью неверно.
Вопрос 3:
Какое лечение показано больному?
(Рекомендуется хирургическая санация или иссечение рубца для удаления инородных тел (частиц стекла). Наружно: потентный стероидный крем под плёнку 1 раз в день вечером под плёнку – 2 недели).
Оценка вариантов ответа:
Правильно указана тактика ведения и препараты для лечения.
Правильно указана тактика ведения пациента, верные группы препаратов, однако их режим введения препаратов указан неверно.
Ответ неверный: неправильно указана тактика ведения и используемые препараты.

Вопрос 4:
Какое исследование сможет подтвердить установленный диагноз?
(Гистологическое исследование позволит выявить формирование гранулёмы инородного тела).
Оценка вариантов ответа:
Правильно указан метод обследования и структура в препарате.

Метод обследования указан верно, однако структура в препарате названа неверно.
Метод обследования и структура в препарате указаны неверно.

Вопрос 5.
С какими заболеваниями необходимо дифференцировать саркоидную реакцию?
(С саркоидозом, с гранулёмой лица с эозинофилией).
Оценка вариантов ответа:
Перечень заболеваний указан верно.
Перечень заболеваний указан не полностью.
Перечень заболеваний указан неверно.

Вопрос 6:
Заполните медицинскую документацию.
Оценка вариантов ответа:
Заполнение верное
Заполнение с ошибками
Заполнение неверное.

Задача 29.

Мужчина 60 лет обратился с жалобами на высыпания в ягодичной области, которые существуют несколько лет, постепенно увеличиваясь в размерах. Анамнез: очаг существует несколько лет, постепенно увеличиваясь в размерах. При осмотре на коже правой ягодицы – имеется кольцевидный очаг, в центральной части которого кожа атрофична и собирается в складку наподобие смятой папиросной бумаги, а периферическая часть представлена бугорками желтовато-розового цвета, дающими при витропрессии положительный симптом «яблочного желе». Других высыпаний на коже нет. Рентгенография органов грудной клетки – без патологических изменений.

Вопрос 1:
О каком заболевании идет речь?
(Туберкулёзная волчанка).
Оценка вариантов ответа:
Диагноз поставлен верно.
Диагноз установлен не полностью: не учтена форма заболевания.
Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:
Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?

(Диагноз «Туберкулёзная волчанка» установлен на основании, данных анамнеза: высыпания существуют несколько лет и постепенно увеличиваются в размерах, результатах осмотра очага поражения – в центре имеется рубцовая атрофия кожи до 7 см в диаметре, а по периферии – бугорки желтовато-розового цвета, дающие при витропрессии положительный симптом «яблочного желе», данных рентгенографии органов грудной клетки – без патологических изменений).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью: отсутствует полное обоснование – не указаны результаты рентгенографии органов грудной клетки.

Диагноз обоснован полностью неверно.

Вопрос 3:
Какое лечение показано больному?

(Рекомендуется назначение четырех препаратов одновременно: Изониазида, Рифампицина, Пиразимида и Этамбутола) в течение 2-х месяцев. Наружно: потентный стероидный крем под плёнку 1 раз в день вечером под плёнку – 2 недели. Физиотерапия: облучение УФО в эритемных дозах).

Оценка вариантов ответа:

Правильно указана тактика ведения и препараты для лечения.

Правильно указана тактика ведения пациента, верные группы препаратов, однако их режим применения указан неверно.

Ответ неверный: неправильно указана тактика ведения и используемые препараты.

Вопрос 4:

Какое исследование сможет подтвердить установленный диагноз?

(Гистологическое исследование позволит выявить формирование туберкулоидной гранулёмы).

Оценка вариантов ответа:

Правильно указан метод обследования и структура в препарате.

Метод обследования указан верно, однако структура в препарате названа неверно.

Метод обследования и структура в препарате указаны неверно.

Вопрос 5.

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать туберкулёзную волчанку?

(С бугорковым сифилидом, с туберкулоидной формой лепры, с туберкулоидным лейшманиозом кожи).

Оценка вариантов ответа:

Перечень заболеваний указан верно.

Перечень заболеваний указан не полностью.

Перечень заболеваний указан неверно.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 30.

К дерматологу обратился пациент, 40 лет, несколько месяцев назад случайно заметивший пятнистые высыпания на спине, без субъективных ощущений. Лечения не получал. К врачу обратился впервые.

Локальный статус. При осмотре на коже верхней трети спины обнаружены округлой формы пятна беловатого цвета с едва заметным сиреневым ободком по периферии. центральная часть очагов поражения чуть светлее, поверхность слегка поблескивает. При пальпации отмечается незначительное, еле уловимое, уплотнение кожи.

Вопрос 1:

О каком заболевании идет речь?

(Очаговая склеродермия типа пятнисто-бляшечной в стадии прогрессирования).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз поставлен верно.

Диагноз поставлен нечетко, не уточнена форма очаговой склеродермии.

Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:

Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?

(Диагноз установлен на основании обнаружения округлой формы пятен беловатого цвета со слегка более светлой, поблескивающей поверхностью в центральной части очагов поражения и незначительным уплотнением в основании).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование формы очаговой склеродермии

Диагноз не обоснован.

Вопрос 3:

Укажите характер течения болезни и назовите признак, подтверждающий Ваше утверждение.

(Течение заболевания прогрессирующее, на что указывает наличие сиреневого ободка по периферии очагов поражения).

Оценка вариантов ответа:

Ответ верный, указан характер течения болезни и признак, подтверждающий это утверждение.

Ответ неполный: назван характер течения болезни, но не указан признак, подтверждающий это утверждение.

Ответ неверный: не назван ни характер течения болезни, ни признак, указывающий на прогрессирование патологического процесса.

Вопрос 4:

Какое обследование, кроме общепринятых клинико-лабораторных методов исследования, необходимо назначить пациенту и с какой целью?

(Необходимо дополнительное иммунологическое обследование (АНФ, РИФ и при повышенном ВНФ – иммуноблот) с целью исключения проявлений системности поражения; при подтверждении полученных результатов необходима консультация ревматолога).

Оценка вариантов ответа:

Ответ верный, указаны основные методы исследования и цель их назначения.

Ответ неполный: не указано продолжение обследования в случае выявления повышенного АНФ.

Ответ неверный: не указаны ни направление, ни цель исследования.

Вопрос 5.

Какие назначения показаны больному?

(Пациентам с пятнисто-бляшечной склеродермией в стадии прогрессирования процесса рекомендуют курсы пенициллина (3–4 курса в течение года, с перерывом 2,5–3 месяца) или препаратов хинолинового ряда, витаминотерапиюгруппы В (В1, В6, РР) и аевит или витамин Е, сосудорасширяющие препараты, УВА или ПУВА-терапию, наружно или в виде фонофореза кортикостероидные препараты, в дальнейшем, при сохранении уплотнения в основании пятен – димексид в нарастающей концентрации или Димексид с Лидазой; наблюдение дерматолога, а также, по показаниям – других специалистов).

Оценка вариантов ответа:

План лечения и дальнейшая тактика ведения больных выбраны правильно.

Ответ неполный; план лечения выбран правильно, но дальнейшая тактика ведения больного не указана.

Ответ неверный: план лечения выбран неправильно.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 31.

Больная, 56-ти лет. Около 5 лет беспокоит зуд в области наружных половых органов. Менструации прекратились в 50 лет.

Локальный статус. При осмотре гениталий отмечена легкая атрофия малых половых губ, на поверхности которых отмечаются белесоватые очаги поражения, с мелкофестончатыми границами и неярко выраженным узким ободком застойно-розового цвета. Кожа в очагах поражения сглажена, суховата и еле уловимо уплотнена. Очаги поражения распространяются частично на промежность. Вокруг ануса – нечеткое уплотнение, сухость, мелкая складчатость и легкое поблескивание кожи. При осмотре кожи туловища на медиальной и нижней поверхности молочных желез имеются очаги поражения, состоящие из частично сливающихся мелких (до 2–3 мм) белесоватых плоских папулоподобных элементов с сухой поверхностью и с узким (до 1 мм) ободком сиреневатого цвета вокруг отдельных элементов, что создает впечатление мозаичного рисунка поверхности очагов.

Вопрос 1:

О каком заболевании идет речь?

(Очаговая склеродермия типа лихеноподобной с проявлениями на коже туловища и аногенитальной области).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз поставлен верно

Диагноз поставлен не полностью: поражение аногенитальной области расценено как сопутствующее заболевание (крауроз вульвы).

Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:

Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?

(Диагноз лихеноподобной склеродермии установлен на основании наличия поверхностных очагов поражения, состоящих из группирующихся и частично сливающихся мелких белесоватых плоских папулоподобных элементов, напоминающих лихен, беловатой окраски с узким ободком застойно-розового цвета вокруг отдельных элементов, создающим впечатление мозаичного рисунка поверхности очагов на туловище, а также на основании изменений кожи аногенитальной области).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован неточно.

Диагноз не обоснован.

Вопрос 3:

Укажите характер течения болезни. Какой признак указывает на прогрессирование заболевания?

(Течение заболевания прогрессирующее, на что указывает наличие ободка застойно-розового цвета по периферии элементов).

Оценка вариантов ответа:

Ответ верный, указан характер течения болезни и признак указывающий на прогрессирование ее.

Ответ неполный: назван характер течения болезни, но не отмечен признак, указывающий на прогрессирование процесса.

Ответ неверный: не назван ни характер течения болезни, ни признак, указывающий на прогрессирование ее.

Вопрос 4:

Какое обследование, кроме общепринятых клинико-лабораторных методов исследования, необходимо назначить пациентке и с какой целью?

(Необходимо дополнительное иммунологическое обследование (АНФ, РИФ, при повышении АНФ – иммуноблот) с целью исключения проявлений системности поражения. Показана консультация гинеколога для исключения участия в патологическом процессе внутренних половых органов).

Оценка вариантов ответа:

Ответ верный, указаны основные методы исследования и цель их назначения.

Ответ неполный: не указано продолжение обследования в случае повышенного АНФ, не отмечена необходимость осмотра гинеколога.

Ответ неверный: не указаны ни направление, ни цель исследования.

Вопрос 5.

Какие назначения показаны больной?

(Пациентам с лихеноподобной склеродермией в стадии прогрессирования процесса рекомендуют курсы препаратов хлорохинового ряда: хлорохии (Делагил), гидроксихлорохин (Плаквенил), витаминотерапию, в частности, вит. Е, сосудорасширяющие препараты, УВА или ПУВА-терапию, наружно – кортикостероидные препараты с переходом в дальнейшем на протопик или эмоленты, либо препараты типа бепантена; наблюдение дерматолога, гинеколога, а также, по показаниям – онкогениколога, эндокринолога и других специалистов).

Оценка вариантов ответа:

План лечения и дальнейшая тактика ведения больных выбраны правильно.

Ответ неполный: план лечения намечен правильно, но дальнейшая тактика ведения больной не указана.

Ответ неправильный: выбран неверный план лечения.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 32.

В стационар поступила пациентка 57-ми лет, страдающая диффузным уплотнением кожи туловища и конечностей. Считает себя больной около 1,5 лет. Беспокоит слабость. К врачу обратилась недели две назад. Лечения не получала. Локальный статус. На туловища, преимущественно в верхней половине грудной клетки, а также па проксимальных отделах верхних и, в меньшей степени, нижних конечностей имеются крупные, сливающиеся очаги, без четких границ. Кожа в очагах поражения беловато-желтоватого цвета, уплотненная, с гладкой, слегка поблескивающей поверхностью.

Вопрос 1:

О каком заболевании идет речь?

(Системная склеродермия типа диффузной).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз поставлен верно

Диагноз поставлен нечетко, не уточнена форма системной склеродермии.

Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:

Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?

(Диагноз установлен на основании обнаружения очагов уплотнения кожи, беловато-желтоватого цвета, с гладкой, поблескивающей поверхностью, без четких границ).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно.

Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование формы системной склеродермии.

Диагноз не обоснован.

Вопрос 3:

Какое обследование, кроме общепринятых клинико-лабораторных методов исследования, необходимо назначить пациенту и с какой целью?

(Необходимо клинико-лабораторное обследование по системам для выявления поражения внутренних и других органов и систем организма, а также дополнительное иммунологическое обследование (АНФ, РФ и, в случае повышения АНФ – иммуноблот) с целью исключения проявлений системности поражения. при подозрении на системность показана консультация ревматолога).

Оценка вариантов ответа:

Ответ верный, указаны основные методы исследования и цель их назначения.

Ответ неполный: не указано продолжение обследования в случае выявления повышенного АНФ.

Ответ неверный: не указаны ни методы, ни цель исследования.

Вопрос 4:

Укажите возможные проявления системности при склеродермии.

(Системный характер болезни проявляется поражением желудочно-кишечного тракта(нарушение перистальтики пищевода и кишечника и др.), легких (усиление легочного рисунка в нижне-базальных отделах, плевральные наслоения и др.), сердца (некоронарогенный кардиосклероз, инфарктоподобная ЭКГ и др.), суставно-мышечного аппарата (поли- и периартриты, интестинальный миозит и др.), нервной системы полиневриты, астеническое состояние и пр.) и других органов и систем организма, а также иммунологические изменения (повышение АНФ, появление АТ к центромерам и пр.)).

Оценка вариантов ответа:

Ответ верный. Указано возможное проявление системности со стороны внутренних и других органов и систем организма.

Ответ неполный: указано только поражение суставов и желудочно-кишечного тракта.

Ответ неверный: отсутствуют указания на проявление системности со стороны внутренних и других органов и систем организма.

Вопрос 5.

Какова тактика дерматолога при подозрении на системный характер склеродермии?

(Больные склеродермией с проявлениями на коже, по которым можно заподозрить системную склеродермию, должны быть обследованы клинико-лабораторными методами, включая иммунологические, и направлены на консультацию к ревматологу, а в случае

подтверждения системности поражения – переданы ревматологу для лечения и дальнейшего наблюдения).

Оценка вариантов ответа:

План обследования и дальнейшая тактика ведения больных выбраны правильно.

Ответ неполный: план обследования выбран правильно, но дальнейшая тактика ведения больных не указана.

Ответ неверный: план обследования и дальнейшая тактика врача не указаны.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Задача 33.

Ребенок 10 лет, болен с младенчества: покраснение ладоней и подошв, позднее постепенно – утолщение и ороговение кожи той же локализации, периодически появляются болезненные трещины. У отца (со слов) с детства «грубая» кожа на ладонях и подошвах.

Локальный статус. При осмотре на подошвах – роговые наслоения желтовато-буроватого цвета, местами – разной глубины трещины. На ладонях избыточное ороговение менее выражено. По периферии - узкий красноватый ободок. На тыле кистей и стоп кожа не изменена. Повышенная потливость ладоней и подошв.

Вопрос 1:

О каком заболевании идет речь?

(Врожденная ладонно-подошвенная кератодермия (КДЛП) типа Тоста-Унны).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз поставлен верно

Диагноз поставлен нечетко, не указан врожденный (наследственный) характер болезни.

Диагноз поставлен неверно.

Вопрос 2:

Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?

(Диагноз установлен на основании обнаружения роговых наслоений, существующих с младенчества, на ладонях и, особенно, на подошвах, с узким красноватым ободком по периферии; отсутствия патологических изменений кожи на тыле кистей и стоп, а также наличие подобных изменений (со слов) у отца).

Оценка вариантов ответа:

Диагноз обоснован верно. Отмечены роговые наслоения с младенчества, на ладонях и, особенно, на подошвах, узкий красноватый ободок по периферии; отсутствие патологических изменений кожи на тыле кистей и стоп, а также наследственный характер заболевания (наличие подобных изменений, со слов – у отца).

Диагноз обоснован не полностью: отсутствует указание на врожденный (наследственный) характер болезни.

Диагноз не обоснован.

Вопрос 3:

Укажите тип наследования болезни и назовите данные, подтверждающие Ваше утверждение.

(Аутосомно-доминантный тип наследования. Для подтверждения указанного типа наследования необходим осмотр отца и генетический анамнез (составление генетического древа)).

Оценка вариантов ответа:

Ответ верный, указан тип наследования и намечен план его подтверждения у данного пациента.

Ответ неполный: указан тип наследования, но намечен план его подтверждения у данного пациента.

Ответ неверный: не указан тип наследования болезни.

Вопрос 4:

На какие группы делят наследственные кератодермии ладоней и подошв? К какой группе относится данное заболевание?

(Наследственные кератодермии ладоней и подошв делят по клиническим проявлениям на три группы: диффузные, диссеминированные, или очаговые, и полосовидные. Врожденная ЛПКД Тоста-Унны относится к группе диффузных кератодермий).

Оценка вариантов ответа:

Ответ верный, названы группы кератодермий по клиническим проявлениям и указана группа, в которую входит ЛПКД Тоста-Унны.

Ответ неполный: не указана группа, в которую входит ЛПКД Тоста-Унны.

Ответ неверный: не указаны группы ЛПКД.

Вопрос 5.

Какое лечение показано больному?

(Радикальная терапия наследственной ЛП КД отсутствует. Пациентам рекомендуют диету, богатую вит. А, С, витаминами групп В, жирами. Показаны периодические курсы ретинола ацетата, аевита; ручные и ножные ванны, приводящие к кератолизу и облегчающие механическое удаление гиперкератоза, осуществляющееся по мере необходимости, с последующим смазыванием кератолитическими мазями (с салициловой кислотой и др.) и/или эмолентами. Злоупотребление механическим удалением рогового слоя может приводить к повышенной чувствительности и хрупкости кожи, а также к возможному инфицированию ее. Как поддерживающая терапия, для увлажнения, смягчения и частичного очищения кожи от чешуек рекомендуются систематическое пользование мазями с мочевиной, можно с 3–5% хлорида натрия и другими веществами – такими, как молочная кислота, витамин А, топическим витамином D и пр.).

Оценка вариантов ответа:

План лечения и дальнейшая тактика ведения больных выбраны правильно.

Ответ неполный; план лечения выбран правильно, но дальнейшая тактика ведения больных не указана.

Ответ неверный: план лечения выбран неправильно: указано только механическое удаление роговых наслоений.

Вопрос 6:

Заполните медицинскую документацию.

Оценка вариантов ответа:

Заполнение верное

Заполнение с ошибками

Заполнение неверное.

Тесты

1. Ранними симптомами травматического шока является совокупность следующих признаков:

a) Угнетение сознания, снижение АД до 90 мм рт.ст, брадикардия до 50 в 1 мин
b) Возбужденное состояние, бледные и влажные кожные покровы, положительный симптом белого пятна, тахикардия
c) Снижение АД до 70 мм рт.ст, тахикардия, бледные и влажные кожные покровы
d) Повышение АД до 130 мм рт.ст, акроцианоз, тахикардия

2. Шоковый индекс Альговера позволяет определить:

a) Уровень угнетения сознания
b) Степень кровопотери
c) Показания к применению вазопрессоров
d) Показания к применению глюкокортикоидных гормонов

3. Какой препарат следует назначить пациенту с верифицированной асистолией?

a) Адреналин в дозе 1 мг внутривенно
b) Атропин в дозе 3 мг внутривенно
c) Бикарбонат натрия в дозе 2-4 мл/кг
d) Магния сульфат в дозе 1-2 г

4. Вы участвуете в проведении реанимации пострадавшего шестидесяти лет. С помощью автоматизированного дефибриллятора выполнена дефибрилляция, что необходимо делать далее?

a) Провести анализ ритма
b) Оценить пульсацию на сонной артерии
c) Оценить состояние сознания
d) Проводить непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких

5. У пациента сохраняется фибрилляция желудочков после проведения трех дефибрилляций, внутривенного введения одного мг адреналина, и четвертой дефибрилляции; установлена интубационная трубка. Какой препарат следует назначить?

a) Амиодарон внутривенно в дозе 300 мг, струйно быстро
b) Лидокаин в дозе 1 – 1,5 мг/кг внутривенно струйно быстро
c) Новокаинамид в дозе 50 мг/мин до общей дозы 17 мг/кг
d) Магния сульфат 1-2 г, 500 мл натрия хлорида 0,9% внутривенно капельно

6. Пациенту с персистирующей фибрилляцией желудочков выполнена четвертая дефибрилляция после введения 1 мг адреналина. Вы планируете вводить адреналин каждые три минуты, по какой схеме следует проводить лечение адреналином?

a) Адреналин следует вводить с наращиванием дозы при каждом последующем введении: 1 мг, 3 мг, 5 мг, 7 мг
b) При неэффективности первого введения адреналина следует использовать высокие дозы препарата и вводить адреналин в дозе 0,2 мг/кг
c) Препарат следует вводить только в дозе 1 мг
d) Препарат можно вводить только однократно

7. Вы прикрепили электроды автоматизированного дефибриллятора (ДА) 43-летнему пострадавшему, у которого отсутствует сознание, нет самостоятельного дыхания. Дефибриллятор "сообщает": "разряд не показан". Что Вы должны сделать?

a) Незамедлительно выполнить еще раз анализ сердечного ритма
b) Проводить в течение 2 мин базовую сердечно-легочную реанимацию (СЛР) и еще раз проанализировать ритм

c) Проводить только СЛР до прибытия специализированной бригады
d) Удалить электроды ДА ~ Оценить дыхание, при отсутствии нормального дыхания проводить СЛР

8. Главное в лечении электрической активности без пульса:
a) Ранее проведение кардиоверсии
b) Устранение ее причины
c) Назначение атропина
d) Прекардиальный удар

9. Какое рекомендуется соотношение непрямого массажа сердца и ИВЛ при проведении СЛР двумя спасателями. Пациент не интубирован.
a) 3:1
b) 5:1
c) 15:2
d) 30:2

10. После первого безуспешного дефибриллирующего разряда с использованием монофазного дефибриллятора у взрослого пациента, второй разряд должен быть:
a) Проведен немедленно с энергией 300 Дж
b) Проведен немедленно с энергией 360 Дж
c) Проведен через 2 мин базовой сердечно-легочной реанимации(СЛР) с энергией 200 Дж
d) Проведен через 2 мин СЛР с энергией 360 Дж

11. С чего рекомендуется начинать базовую СЛР у детей?
a) 2 вдоха, затем 15 компрессий непрямого массажа сердца
b) 5 вдохов, оценка пульса, затем 15 компрессий непрямого массажа сердца
c) 5 вдохов, затем 30 компрессий непрямого массажа сердца
d) 15 компрессий непрямого массажа сердца, затем 2 вдоха

12. Укажите препарат, назначение которого показано при лечении асистолии в качестве начальной терапии?
a) Атропин
b) Лидокаин
c) Адреналин
d) Кордарон

13. Укажите соотношение компрессий грудной клетки и ИВЛ при проведении базовой сердечно-легочной реанимации у взрослых:
a) 5:2
b) 15:1
c) 15:2
d) 30:2

14. Укажите, какой вид терапии в наибольшей степени увеличивает выживаемость пациентов с фибрилляцией желудочков?
a) Адреналин
b) Дефибрилляция
c) Кислород
d) Кордарон

15. Временный гемостаз осуществляется:
   a) Лигированием сосуда в ране
   b) Наложением сосудистого шва
   c) Давящей повязкой, жгутом, пальцевым прижатием
   d) Диатермокоагуляцией

16. У мужчины, пострадавшего в дорожно-транспортном происшествии, диагностирован закрытый перелом лодыжки и перелом пятого ребра слева. АД – 110/70 мм ртст, ЧСС – 92 в 1 мин. ЧД— 20 в 1 мин. Укажите необходимый объем инфузионной терапии
   a) 500 мл
   b) Инфузионная терапия не требуется
   c) 250 мл
   d) 750 мл

17. Пациент с частотой ритма 30-40 импульсов в минуту предъявляет жалобы на головокружение и одышку при небольшой физической нагрузке. Какой препарат следует назначить?
   a) Атропин 0,5 мг внутривенно
   b) Адреналин в дозе 1 мг внутривенно струйно быстро
   c) Аденозин в дозе 6 мг внутривенно
   d) Кордарон в дозе 300 мг

18. Какой из перечисленных препаратов необходимо применить в первую очередь для купирования болей в груди, связанных с острой ишемией миокарда?
   a) Лидокаин болюсом после продолжительной инфузии лидокаина
   b) Нитроглицерин сублингвально
   c) Амиодарон болюсно после перорального применения ингибиторов АПФ
   d) Блокаторы кальциевых каналов в сочетании с внутривенным введением фуросемида

19. Пациент с жалобами на сжимающие боли за грудиной, длящиеся в течение 30 мин. В анамнезе длительное курение, диабет, контролируемый диетой. АД 110/70 мм рт ст. пульс 90 ударов в минуту; по данным ЭКГ в 12 отведениях: ритм синусовый, 90 в мин. Назначен аспирин, подача кислорода в режиме 2 л/мин через назальную канюлю; нитроглицерин оказался неэффективен, боли сохраняются. Какой препарат вы назначите?
   a) Атропин 0,5 мг в/в
   b) Лидокаин 1-1,5 мг/кг
   c) Морфина сульфат 3-5 мг в/в
   d) Аспирин в дозе 300 мг

20. Средство выбора в лечении полиморфной желудочковой тахикардии:
   a) Адреналин
   b) Атропин
   c) Сульфат магния
   d) Лидокаин

21. Орофарингеальный воздуховод:
   a) Исключает необходимость контроля положения головы
   b) Имеет преимущества перед интубацией трахеи
   c) Может вызвать рвоту и ларингоспазм у пациентов в сознании
   d) Исключает возможность обструкции верхних дыхательных путей

22. Основным критерием эффективности ИВЛ методом «рот-в-рот», «рот-в-маску» является:

a) Экскурсия грудной клетки
b) Изменение цвета кожных покровов
c) Восстановление сознания
d) Появление самостоятельного дыхания

23. Основным критерием эффективности непрямого массажа сердца является:

a) Диастолическое АД не менее 60 мм.рт.ст
b) Ясные, звучные тоны при аускультации
c) Передаточная пульсация на сонных артериях
d) Переломы ребер

24. Ведущий объективный критерий в диагностике внутренних повреждений артерий:

a) бледность кожных покровов;
b) головокружение;
c) пульсация и систолический шум над припухлостью;
d) гематома;
e) боль.

25. Первая медицинская помощь при ранении наружной сонной артерии:

a) зашивание;
b) пальцевое ее прижатие;
c) прошивание раны;
d) наложение давящей повязки;
e) обезболивание.

26. При ранении магистральных вен проводится мероприятие первой медицинской помощи:

a) прошивание;
b) дренирование;
c) обезболивание;
d) проведение кровезаменяющей терапии;
e) наложение давящей воздухонепроницаемой повязки.

27. Мероприятия, проводимые врачебно-сестринской бригадой при повреждении сосудов конечностей:

a) контроль наложенного жгута, остановка кровотечения, введение обезболивающих, контроль и коррекция АД, инфузионная терапия, транспортная иммобилизация, эвакуация лежа в первую очередь;
b) снятие жгута и контроль кровотечения, подбинтовка повязки, обезболивание, ревизия раны, введение сердечнососудистых средств, транспортная иммобилизация, эвакуация в лечебное учреждение;
c) транспортировка в лечебное учреждение;
d) введение успокаивающих средств;
e) контроль жгута, тампонада раны, алкоголь внутрь, наложение асептической повязки, эвакуация в лечебное учреждение.

28. Точки прижатия артерий при кровотечении:

a) пах - при ранении бедренной артерии;
b) подмышечная область - при ранении плеча;
c) плечевой - при ранении лучевой или локтевой артерии;

d) сонной - при ранении артерий шеи;
e) прижатие артерии дистальнее места ранения.

29. Этапы наложения жгута:
a) наложение жгута на обнаженное бедро;
b) наложение жгута без его натяжения;
c) наложение жгута дистальнее кровотечения;
d) наложение жгута на рану;
e) слабое натяжение жгута.

30. Способы парентерального введения жидкостей в организм:
a) подкожно;
b) внутривенно;
c) внутриартериально;
d) внутримышечно;
e) внутрикостно.

31. Виды новокаиновых блокад:
a) подкожная;
b) внутримышечная;
c) вагосимпатическая;
d) паранефральная;
e) внутрикостная.

32. Наиболее вероятная патология при аварии па ядерном реакторе:
a) ионизирующая радиация;
b) радиационные ожоги;
c) механические, термические травмы, лучевые поражения, реактивные состояния;
d) ослепление, лучевая болезнь травмы;
e) ранения вторичными снарядами, синдром длительного сдавления, ожоги, заражение РВ.

33. О степени тяжести лучевого поражения можно судить по:
a) содержанию радионуклидов в объектах окружающей среды;
b) количеству радиоактивного йода в почве;
c) данным дозиметрии;
d) количеству эритроцитов в крови;
e) частоте и кратности рвоты.

34. Радионуклиды накапливаются преимущественно в щитовидной железе:
a) стронций-90;
b) кальций-47;
c) медь-65;
d) йод-131;
e) радий-226.

35. Гематологический показатель, по которому можно судить о заболевании острой лучевой болезнью:
a) гемоглобин;
b) число лейкоцитов;
c) уровень снижения количества лимфоцитов на 3-5-е сутки;
d) тромбоцитопения, лейкопения, агранулоцитоз;

e) тромбоцитопения.

36. Длительность латентного периода острой лучевой болезни зависит от:
a) психологической нагрузки;
b) количества эритроцитов в крови;
c) стохастических эффектов;
d) величины поглощенной дозы;
e) состояния желудочно-кишечного тракта.

37. Отчетливый признак восстановления кроветворения при острой лучевой болезни:
a) повышение лейкоцитов;
b) повышение числа лейкоцитов до 3000-4000 и тромбоцитов до 100000-150000 в мм^3 крови;
c) повышение числа тромбоцитов до 30000;
d) увеличение показателей гемопоэза;
e) отсутствие агранулоцитоза.

38. При крайне тяжелой степени ОЛБ в первые трое суток назначают:
a) противорвотные;
b) успокаивающие;
c) средства для борьбы с коллапсом и гипотонией;
d) антибиотики;
e) радиопротекторы.

39. Классификация травматического шока:
a) I степень - легкий шок;
b) II степень - шок средней тяжести;
c) III степень - тяжелый шок;
d) IV степень - терминальное состояние;
e) V степень - смерть.

40. Основным признаком торпидной стадии шока является:
a) рвота;
b) повышение числа лейкоцитов;
c) миоз зрачков глаз;
d) коматозное состояние;
e) тахикардия.

41. Основные мероприятия профилактики травматического шока на догоспитальном этапе:
a) введение плазмозаменяющих жидкостей;
b) введение антибиотиков;
c) иммобилизация;
d) наложение асептической повязки;
e) введение анальгетиков.

42. Лечение травматического шока:
a) устранение болевого синдрома;
b) нормализация процессов возбуждения и торможения в ЦНС;
c) ликвидация кислородного голодания;
d) нормализация обмена веществ и функции эндокринных желез;
e) операции при повреждениях, несовместимых с жизнью.

43. Формы краш-синдрома:
a) легкая форма - сдавление менее 4 часов;
b) средняя форма - сдавление 4 часа;
c) тяжелая форма - сдавление 6 часов;
d) крайне тяжелая форма - сдавление более 6 часов;
e) летальная форма - сдавление обеих, нижних конечностей более 12 часов.

44. Периоды краш-синдрома:
a) ранний период - гемодинамические расстройства;
b) промежуточный период - почечная недостаточность;
c) поздний период - местные изменения;
d) смерть после сдавления верхней конечности в течение 1 часа;
e) выздоровление после сдавления нижних конечностей в течение 12 часов.

45. Основной клинический симптом при синдроме длительного сдавления после декомпрессии пораженного:
a) турникетный и болевой шок;
b) кардиогенный шок;
c) септический шок;
d) потеря сознания;
e) рвота.

46. Миоглобинурия является характерным признаком:
a) длительного сдавления;
b) сепсиса;
c) диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови;
d) нефрита;
e) заболеваний сердца.

47. Мероприятия первой медицинской помощи, проводимые пострадавшему с синдромом длительного сдавления:
a) извлечение из-под завала, срочная госпитализация;
b) ампутация конечности;
c) транспортная иммобилизация, фасциотомия или транспортная ампутация конечности, обезболивание, инфузионная терапия, контроль и коррекция диуреза, паранефральная новокаиновая блокада, тугое бинтование конечности, направление пострадавшего в специализированное лечебное учреждение с медицинским сопровождением;
d) извлечение пострадавшего из-под завала, обильное питье, контроль АД, диуреза, сердечной деятельности;
e) наложение жгута, обезболивание, инфузионная терапия, транспортировка в лечебное учреждение.

48. Первая медицинская помощь после освобождения конечности от сдавления:
a) наложение жгута выше места сдавления после 2 часов сдавления;
b) наложение эластической повязки;
c) холод местно;
d) сердечные и дыхательные аналептики;
e) питье и введение щелочных растворов;

49. Первая помощь при поражении электрошоком:

a) отведение электропровода рукой;
b) проведение искусственного дыхания при затрудненном дыхании;
c) наложение стерильной повязки на ожоговую рану;
d) введение кар диамина;
e) транспортировка в больницу;

50. Гиповолемические нарушения развиваются при:
a) инфаркте;
b) инфузионной терапии;
c) травматическом шоке;
d) анафилактическом шоке;
e) легочной эмболии.

51. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия проводятся с целью:
a) своевременное оказание населению медицинской помощи
b) распределение пораженных на группы нуждаемости в изоляции и санитарной обработке
c) сохранение и укрепление здоровья населения, а также профилактика инфекционных болезней и ликвидация эпидемических очагов
d) предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний среди населения
e) обеспечение санитарного благополучия населения и устранения неблагоприятных санитарных последствий применения противником оружия массового поражения

52. Неспецифическую и специфическую профилактику населения проводит:
a) медицинская служба
b) коммунально-техническая служба
c) комендантская служба
d) противопожарная и инженерная служба
e) служба торговли и питания

53. Дезинфекцию квартирных очагов осуществляет
a) медицинская служба и ветеринарная служба
b) коммунально-техническая служба
c) комендантская служба
d) противопожарная и инженерная служба
e) медицинская служба

54. Дезинфекция – определение понятия:
a) уничтожение насекомых-переносчиков инфекционных болезней
b) уничтожение грызунов - источников возбудителей инфекционных болезней
c) уничтожение в окружающей среде возбудителей инфекционных болезней
d) изоляционные и противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию очага бактериального поражения
e) ограничительные мероприятия и усиленное медицинское наблюдение, направленные на предупреждение распространения инфекционных болезней

55. Основными способами проведения дезинсекции являются:
a) биологический и химический
b) химический и физический
c) физический и биологический

d) механический и химический
e) термический и биологический

56. Режим обсервации вводится на срок:
a) на два инкубационных периода соответствующего инфекционного заболевания
b) с момента изоляции последнего больного и окончания дезинфекции в очаге заражения
c) на максимальный инкубационный период соответствующего инфекционного заболевания
d) на один инкубационный период инфекционного заболевания
e) на две недели

57. Режим карантина вводится на срок:
a) на два инкубационных периода соответствующего инфекционного заболевания
b) с момента изоляции последнего больного и окончания дезинфекции в очаге заражения
c) на максимальный инкубационный период соответствующего инфекционного заболевания
d) на один инкубационный период инфекционных заболеваний
e) на две недели

58. Режим карантина вводится при выявлении возбудителей инфекционных заболеваний:
a) дифтерия, грипп, натуральная оспа
b) желтая лихорадка, сибирская язва
c) холера, дизентерия, брюшной тиф
d) чума, брюшной тиф, сибирская язва
e) чума, холера, натуральная оспа

59. Если имеются единичные случаи инфекционных заболеваний среди населения при удовлетворительном санитарно-гигиеническом состоянии территории, санитарно-эпидемическое состояние территории оценивается:
a) удовлетворительное
b) неблагополучное
c) благополучное
d) неудовлетворительное
e) неустойчивое

60. Карантин и обсервация снимаются распоряжением:
a) главного врача ЦРБ;
b) министерства здравоохранения субъекта РФ;
c) председателя санитарно-противоэпидемической комиссии;
d) главного эпидемиолога Министерства здравоохранения РФ.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (БАЗОВАЯ ЧАСТЬ):

а) основная литература:	
1. Кожные и венерические болезни: учебник / Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 544 с. ISBN 978-5-9704-1993-9. - Текст : электронный // URL :	www.studmedlib.ru

http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419939.html	
2. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 896 с. ISBN 978-5-9704-5708-5. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457085.html	www.rosmedlib.ru
3. Дерматовенерология. Атлас / А. Н. Платонова, А. Л. Бакулев, С. Р. Утц - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 136 с. ISBN 978-5-9704-4085-8. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440858.html	www.rosmedlib.ru
4. Дерматовенерология: учебник /под ред. А. В. Самцова, В. В. Барбинова. - 3-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 432 с. ISBN 978-5-9704-3650-9. - Текст : электронный // URL : http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436509.html	www.studmedlib.ru
5. Кожные и венерические болезни. Атлас : учеб. пособие / В. В. Владимиров - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 232 с. ISBN 978-5-9704-3546-5. - Текст : электронный // URL : http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435465.html	www.studmedlib.ru
6. Атлас-справочник по дерматовенерологии / С. В. Кошкин, Т. В. Чермных. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-5765-8. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457658.html	www.rosmedlib.ru
7. Дерматовенерология / Ю. С. Бутов, Н. Н. Потекаев [и др.] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 640 с. - ISBN 978-5-9704-4078-0. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440780.html	www.rosmedlib.ru
б) дополнительная литература:	
1. Атопический дерматит у детей: Руководство / Мачарадзе Д.Ш. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 384 с.: ISBN 978-5-9704-0505-3. - Текст : электронный // URL : http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970405055-0.html	www.studmedlib.ru
2. Иммунология : учебник / Р. М. Хаитов. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 520 с. - ISBN 978-5-9704-6398-7. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463987.html	www.rosmedlib.ru
3. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 848 с. - ISBN 978-5-9704-6519-6. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465196.html	www.rosmedlib.ru
4. Клиническая фармакология чесотки / Н. Н. Потекаев, О. В. Доля - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // URL : http://www.studmedlib.ru/book/970409169V0147.html	www.studmedlib.ru
5. Псориатическая болезнь. Диагностика, терапия, профилактика / Разнатовский К. И., Терлецкий О. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 352 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") ISBN 978-5-9704-4337-8. - Текст : электронный // URL : http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970443378.html	www.studmedlib.ru
6. Акне и малассезиозы у детей и подростков / Тамразова О. Б. , Османов И. М. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 208 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-4875-5. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448755.html	www.rosmedlib.ru

7. Атопический дерматит / Альбанова В. И., Пампура А. Н. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 128 с. Текст : электронный // URL : http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430101.html	www.studmedlib.ru
в) профессиональные базы данных:	
• Национальный сервер дерматологии. Режим доступа: http://www.dermatology.ru/. Индивидуальный доступ; • Справочник MSD/ Профессиональная версия: https://www.msdmanuals.com/ru; • Медико-биологический информационный портал для специалистов medline.ru; • Медицинский сервер "MedLinks.Ru - Вся медицина в Интернет" http://www.medlinks.ru; • Медицинский портал http://www.medportal.ru • Медицинский видеопортал Med-Edu.ru http://www.med-edu.ru/ • Портал российского врача МЕДВЕСТНИК https://medvestnik.ru/	
г) информационные справочные системы:	
• Рубрикатор клинических рекомендаций http://cr.rosminzdrav.ru/ • Международная классификация болезней 10-го пересмотра https://mkb-10.com/ • Информационно-аналитический портал Remedium.ru http://www.remedium.ru • Энциклопедия лекарств от РЛС (https://www.rlsnet.ru) • Информационно-диагностическая система по дерматовенерологии Logoderm.ru	

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ:

Наименование специальных помещений	Оснащенность специальных помещений	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
Аудитория для проведения занятий в форме лекций, семинаров, практических занятий, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации, групповых и индивидуальных консультаций	стол преподавателя, кресло преподавателя, столы, стулья, комплект технических средств обучения (миникомпьютер с доступом к информационно-телекоммуникационной сети Интернет, монитор, телевизор), доска настенная	MS Windows 10 Лицензия № 69002855, MS Office 2016 Лицензия № 69440824, NetPolice Pro Лицензия № 1316087
Помещение для проведения практических занятий, клинических практических занятий, практик *(Кабинет дерматолога №1)*, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер № 5», город Санкт-Петербург, ул. Лахтинская, д.32	Тонометр-2 шт., фонендоскоп -2 шт., термометр-2 шт., медицинские весы-1 шт., ростомер-1 шт., противошоковый набор-1 шт., набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий-1 шт., облучатель бактерицидный-1 шт., дерматоскоп - 2 шт., аппарат для удаления клинических проявлений доброкачественных новообразований кожи - 1 шт., набор медицинских инструментов - 2 шт., персональный компьютер с принтером-1 шт., лупа с подсветкой -2 шт., стерилизатор ультрафиолетовый для медицинских инструментов - 2 шт., медицинское оборудование для криотерапии, в том числе криодеструкции -1 шт., лампа Вуда для осмотра больных в затемненном помещении -2 шт., комплект оборудования для обработки кожи, ногтевых пластинок кистей и стоп-1 шт	
Помещение для проведения практических занятий, клинических практических занятий, практик *(Кабинет дерматолога №2)*, Санкт-Петербургское государственное	Тонометр-2 шт., фонендоскоп -2 шт., термометр-1 шт., медицинские весы-1 шт., ростомер-1 шт., медицинская кушетка-1 шт., противошоковый набор-1 шт., набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий-1 шт., облучатель бактерицидный-1 шт., дерматоскоп -2 шт., аппарат для удаления клинических	

бюджетное учреждение здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер № 5»», город Санкт-Петербург, ул. Лахтинская, д.32	проявлений доброкачественных новообразований кожи -1 шт., набор медицинских инструментов-2 шт., персональный компьютер с принтером-1 шт., лупа с подсветкой -2 шт., стерилизатор ультрафиолетовый для медицинских инструментов -2 шт., медицинское оборудование для криотерапии, в том числе криодеструкции -1 шт., лампа Вуда для осмотра больных в затемненном помещении -2 шт., комплект оборудования для обработки кожи, ногтевых пластинок кистей и стоп-2 шт., аппарат Dermalight 1000-1 шт., аппарат магнитотерапии универсальный "МАГНИТ-Мед ТеКо"-1 шт., аппарат лазерно-светодиодный СПЕКТР ЛЦ-02-1 шт.	
Помещение для проведения практических занятий, клинических практических занятий, практик *(Кабинет дерматолога)*, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ленинградский областной Центр специализированных видов медицинской помощи», город Санкт-Петербург, пр-кт Рижский, д.43	- Рабочее место врача-1 шт., облучатель медицинский бактерицидный (для помещений)-1 шт., термометр медицинский-2 шт., весы медицинские-1 шт., ростомер-1 шт., тонометр -1 шт., фонендоскоп-1 шт., противошоковый набор-1 шт., набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий -1 шт., дерматоскоп -1 шт., аппарат для удаления клинических проявлений доброкачественных новообразований кожи-1 шт., набор медицинских инструментов - по требованию, персональный компьютер с принтером-1 шт., лупа с подсветкой -1 шт., стерилизатор ультрафиолетовый для медицинских инструментов -1 шт., медицинское оборудование для криотерапии, в том числе криодеструкции -1 шт., лампа Вуда для осмотра больных в затемненном помещении -1 шт., комплект оборудования для обработки кожи, ногтевых пластинок кистей и стоп-1 шт., кушетка медицинская-1 шт., видеодерматоскоп-1 шт., электрокардиограф-2 шт., аппаратура для определения морфофункциональных параметров кожи-2 шт., аппаратура для определения функционального состояния волос-1 шт., аппарат для ультразвукового	

	исследования с датчиком для сканирования кожи -1 шт	
Помещение для проведения практических занятий, клинических практических занятий, практик *(Кабинет дерматовенеролога)*, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ленинградский областной Центр специализированных видов медицинской помощи», город Санкт-Петербург, пр-кт Рижский, д.43	Рабочее место врача-1 шт., облучатель медицинский бактерицидный (для помещений)-1 шт., термометр медицинский-3 шт., весы медицинские-1 шт., ростомер-1 шт., тонометр -1 шт., фонендоскоп-2 шт., противошоковый набор-1 шт., набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий -1 шт., дерматоскоп -2 шт., аппарат для удаления клинических проявлений доброкачественных новообразований кожи-1 шт., набор медицинских инструментов - по требованию, персональный компьютер с принтером-1 шт., лупа с подсветкой -2 шт., стерилизатор ультрафиолетовый для медицинских инструментов -1 шт., медицинское оборудование для криотерапии, в том числе криодеструкции -1 шт., лампа Вуда для осмотра больных в затемненном помещении -1 шт., комплект оборудования для обработки кожи, ногтевых пластинок кистей и стоп-1 шт., кушетка медицинская-1 шт., гинекологическое кресло-1 шт., кольпоскоп -1 шт., вагиноскоп -1 шт., лампа гинекологического осмотра-1 шт., уретроскоп-1 шт., медицинское оборудование для проведения комплексного лечения осложнений, вызванных инфекциями, передаваемыми половым путем: для электротерапии и ультразвуковой терапии -1 шт., для заболеваний органов малого таза - 1 шт., для УВЧ терапии - 1 шт., для инфракрасной лазерной терапии -1 шт., для непрерывной импульсной микроволновой-1 шт., видеодерматоскоп-1 шт., электрокардиограф-1 шт., аппаратура для определения морфофункциональных параметров кожи-1 шт., аппаратура для определения функционального состояния волос-1 шт., аппарат для ультразвукового исследования с датчиком для сканирования кожи -1 шт	
Помещение для	Столы, стулья, диваны, журнальные	MS Windows 10

самостоятельной работы, оснащенное компьютерной техникой с подключением к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду	столы, телевизор, комплекты технических средств обучения с доступом к информационно-телекоммуникационной сети Интернет, электронную информационно-образовательную среду и к электронным библиотечным системам	Лицензия № 69002855, MS Office 2016 Лицензия № 69440824, NetPolice Pro Лицензия № 1316087

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОХОЖДЕНИЮ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)

Контроль за участием ординаторов в оказании медицинской помощи гражданам осуществляет руководитель практики, назначенный из числа педагогических работников, который несет ответственность за проведение практической подготовки.

При прохождении производственной (клинической) практики (базовая часть) ординаторы ведут дневник ординатора, который содержит краткое описание курируемых больных (диагнозы заболеваний), перечень выполненных видов работ за период практики, в том числе диагностические и лечебные мероприятия; освоенные умения и практические навыки, приобретенные за период практики.

Подробные методические рекомендации по прохождению практики содержатся в методических материалах ОПОП ВО «Методические рекомендации по прохождению производственной (клинической) практики».

9. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ-ИНВАЛИДОВ И ОБУЧАЮЩИХСЯ-ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья выбор мест прохождения практик должен учитывать состояние здоровья и требования по доступности.

Создание безбарьерной среды должно учитывать потребности следующих категорий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья:

- с нарушениями зрения;
- с нарушениями слуха;
- с ограничением двигательных функций.

Обеспечение доступности прилегающей к образовательной организации территории, входных путей, путей перемещения внутри здания для различных нозологий.

Территория организации места проведения практики должна соответствовать условиям беспрепятственного, безопасного и удобного передвижения маломобильных обучающихся, обеспечения доступа к зданиям и сооружениям, расположенным на нем. Требуется обеспечить доступность путей движения, наличие средств информационно-навигационной поддержки, дублирование лестниц пандусами или подъемными устройствами, оборудование лестниц и пандусов поручнями, контрастная окраска дверей и лестниц, выделение мест для парковки автотранспортных средств инвалидов.

В зданиях, предназначенных для прохождения практики обучающимися-инвалидами и обучающимися-лицами с ограниченными возможностями здоровья, требуется обеспечить как минимум один вход, доступный для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата. Помещения, где могут находиться люди на креслах-колясках, следует размещать на уровне доступного входа. При ином размещении помещений по высоте здания, кроме лестниц, следует предусматривать пандусы, подъемные платформы для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата или лифты.

Комплексная информационная система для ориентации и навигации лиц с нарушением зрения в архитектурном пространстве организации должна включать визуальную, звуковую и тактильную информацию.

Наличие специальных рабочих мест для обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Оборудование специальных учебных мест предполагает увеличение размера зоны на одно место с учетом подъезда и разворота кресла-коляски, увеличения ширины прохода между рядами столов, замену двухместных столов на одноместные.

Наличие оборудованных санитарно-гигиенических помещений для обучающихся различных нозологий.

В организации проведения практики необходимо обустройство минимум одной туалетной кабины доступной для маломобильных обучающихся. В универсальной кабине и других санитарно-бытовых помещениях, предназначенных для пользования всеми категориями обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья следует предусматривать возможность установки откидных опорных поручней, штанг, поворотных или откидных сидений.

Наличие системы сигнализации и оповещения для обучающихся различных нозологий.

Проектные решения зданий организаций должны обеспечивать безопасность маломобильных обучающихся в соответствии с требованиями СНиП 21-01 и ГОСТ 12.1.004, с учетом мобильности обучающихся-инвалидов и обучающихся-лиц с ограниченными возможностями здоровья различных категорий, их численности и места нахождения в здании.

Особое внимание уделяется обеспечению визуальной, звуковой и тактильной информацией для сигнализации об опасности и других важных мероприятиях.

Пути движении к помещениям, зонам и местам обслуживания внутри здания должны соответствовать нормативным требованиями к путям эвакуации людей из здания.

При наличии среди обучающихся, проходящих практику, инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья обеспечиваются следующие материально-технические условия.

Наличие звукоусиливающей аппаратуры, мультимедийных средств и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных формах для ординаторов с нарушениями слуха.

Для слабослышащих обучающихся использование сурдотехнических средств является средством оптимизации учебного процесса, средством компенсации утраченной или нарушенной слуховой функции.

Технологии беспроводной передачи звука (FM-системы) являются эффективным средством для улучшения разборчивости речи в условиях профессионального обучения.

Помещения, в которых проходят практику обучающиеся с нарушением слуха, при необходимости будут оборудованы, компьютерной техникой, аудиотехникой (акустический усилитель и колонки), видеотехникой (мультимедийный проектор, телевизор), электронной доской, документ-камерой, мультимедийной системой. Особую роль в обучении слабослышащих также играют видеоматериалы.

При необходимости предусматривается применение брайлевской компьютерной техники, электронных луп, видеоувеличителей, программ невизуального доступа к информации, программ-синтезаторов речи и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных формах для лиц с нарушениями зрения.

Компьютерные тифлотехнологии базируются на комплексе аппаратных и программных средств, обеспечивающих преобразование компьютерной информации в доступные для незрячих и слабовидящих формы (звуковое воспроизведение, рельефно-точечный или укрупненный текст), и позволяют им самостоятельно работать на обычном персональном компьютере с программами общего назначения.

Программно-технические средства для лиц с нарушениями зрения, условно делятся на две группы: средства для усиления остаточного зрения и средства преобразования визуальной информации в аудио и тактильные сигналы.

Для слабовидящих обучающихся в аудиториях при необходимости будет предусмотрена возможность просмотра удаленных объектов (например, текста на доске или слайда на экране) при помощи видеоувеличителей для удаленного просмотра.

Наличие компьютерной техники, адаптированной для инвалидов и лиц с ОВЗ со специальным программным обеспечением, альтернативных устройств ввода информации и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных формах для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата при необходимости будет предусмотрено использование альтернативных устройств ввода информации.

Рекомендуется использовать специальные возможности операционной системы Windows, таких как экранная клавиатура, с помощью которой можно вводить текст, настройка действий Windows при вводе с помощью клавиатуры или мыши.

Лист регистрации изменений

Номер изменения	Номера листов			Основание для внесения изменений	Подпись	Дата	Дата введения изменения
	замененных	новых	аннулированных				