

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

Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

### ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Специальность 31.08.35 Инфекционные болезни  
*код, наименование*

Кафедра: кожных и венерических болезней

Форма обучения: очная

**Владимир  
2023**

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

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

### 2. Перечень оценочных средств

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

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

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

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-7	Текущий	Раздел 1. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики инфекционных болезней.	
		Раздел 2. Дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний с экзантемами	Тестовые задания
УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-7	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Ситуационные задачи

### 4. Содержание оценочных средств текущего контроля

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

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций: УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-7

<b>Тестовые задания с вариантами ответов</b>
<b>К триаде симптомов, характерной для дискоидной формы красной волчанки относятся:</b> а) Алопеция+эритема+атрофия

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

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

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

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

### 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

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

5.1.1 Ситуационные к зачёту по дисциплине «Дерматовенерология»:

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/07.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
...		
		001
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациентка 43 лет обратилась с жалобами на поражение слизистой оболочки рта и кожи рук, сопровождающиеся зудом постоянного характера в течение суток. Отмечает появление новых элементов за последние несколько дней.</p> <p>Эти симптомы появились около 3 недель после аппендэктомии сначала на месте послеоперационного рубца. Сама связывает появление высыпаний с перенесенным стрессом. Находится на учете у терапевта по поводу заболевания ЖКТ и сахарного диабета 2 типа.</p> <p>Дерматологический статус: на коже сгибательных поверхностей лучезапястных суставов и в области кожи поясницы определяется мономорфная сыпь. Первичный морфологический элемент: плоская папула с вдавлением в центре полигональной формы размером от 0,5 до 1 см в диаметре фиолетово-красного цвета с восковидным блеском, плотноватой консистенции. При обработке папул вазелиновым маслом на их поверхности определяются белесовато-опаловые тонкие и пересекающиеся в виде сетки линии. На передней поверхности голеней выявляется положительная изоморфная реакция. На слизистой оболочке полости рта (по линии смыкания зубов) определяются мелкие множественные папулы, визуально напоминающие листья папоротника.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Красный плоский лишай
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана форма активности процесса

P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз красного плоского лишая установлен клинически, на основании: типичного анамнеза: появление первых признаков заболевания после перенесенного стресса и аппендэктомии, когда на месте травмы впервые появились высыпания, наличие в анамнезе предрасполагающего фактора - сахарного диабета; типичных жалоб на высыпания и интенсивный зуд; типичной морфологии и локализации патологического процесса: поражение слизистых и кожных покровов: высыпания на слизистой полости рта, по линии смыкания зубов в виде «листов папортника», на коже сгибательных поверхностей лучезапястных суставов и в области кожи поясицы; сыпь мономорфная, первичным морфологическим элементом которой является мелкая плоская полигональная папула с вдавлением в центре фиолетово-красного цвета с восковидным блеском, плотноватой консистенции, на поверхности которой определяется сеточка Уикхема, изоморфная реакция положительная.</p> <p>Активная форма подтверждается наличием сильного зуда, яркой выраженностью и распространенностью воспалительного процесса, положительной изоморфной реакцией, постоянным подсыпанием новых элементов</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: указаны не все типичные подтверждающие критерии заболевания (данные анамнеза, жалоб, клинической картины заболевания), не указаны подтверждающие критерии активности процесса
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Диагноз данной формы красного плоского лишая ставится на основании данных клинического обследования, поэтому дополнительного обследования не требуется.</p> <p>Однако в случае наличия у пациента атипичной: гипертрофической, атрофической, пигментной, пузырьной, эрозивно-язвенной и фолликулярной форм, типичные элементы красного плоского лишая, позволяющие установить диагноз клинически, могут отсутствовать. Для уточнения диагноза в таких случаях проводят гистологическое исследование биоптатов кожи с наиболее характерных очагов поражения.</p>
P2	-	Верный ответ - отсутствие необходимости дополнительного обследования в данном клиническом случае
P1	-	Отсутствие необходимости проводить дообследование для постановки диагноза в данной клинической ситуации - верный ответ, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно, указаны абсолютно неподходящие диагнозу методики

		обследования
В	4	При лечении данной пациентки необходимо назначение глюкокортикостероидов: изолированной топической терапии кортикостероидами, системной терапии или системных и топических глюкокортикостероидов одновременно? Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Выбор назначения системных или\и топических глюкокортикостероидов при лечении зависит от степени выраженности и локализации клинических проявлений, формы и длительности заболевания, сведений об эффективности ранее проводимой терапии. Не требуется проведения лечения при поражении слизистой оболочки полости рта, ограничивающимся высыпаниями типичной формы красного плоского лишая, не сопровождающимися субъективными ощущениями. В остальных случаях больным требуется проведение терапии. При минимальных локализованных проявлениях достаточно назначения топических противовоспалительных кортикостероидных препаратов. В данной клинической ситуации необходимо использовать комбинацию системных и топических препаратов, учитывая распространенность процесса и его остроту проявлений.
P2	-	Выбрана правильная тактика в отношении данной пациентки
P1	-	Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Тактика выбрана абсолютно неверная
В	5	Перед назначением системной медикаментозной терапии или при решении вопроса о дальнейшей тактике лечения необходимо проведение каких лабораторных исследований?
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• клинического анализа крови;</li> <li>• биохимического анализа крови (АЛТ, АСТ, общий билирубин, триглицериды, холестерин, общий белок);</li> <li>• клинического анализа мочи</li> </ul>
P2	-	План обследования выбран правильно при назначении системной терапии
P1	-	Дальнейшая тактика обследования выбрана верно, но указаны не все лабораторные исследования
P0	-	Тактика подготовки пациента к лечению выбрана полностью неверно
		002
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациент М., 28 лет, тренер по баскетболу, обратился с жалобами на сыпь в области кожи туловища, сопровождающуюся незначительным зудом.</p> <p>В анамнезе перенесенная 3 недели назад острая респираторно вирусная инфекция после переохлаждения по поводу которой</p>



		<p>пациент получал системную антибактериальную терапию. Отмечает, что сначала на фоне лечения появилось одно пятно. Врачом по месту жительства высыпания были расценены как аллергическая реакция на лекарственный препарат. Назначены антигистаминные препараты и энтеросорбенты. Однако, несмотря на проводимую терапию, процесс распространился.</p> <p>Дерматологический статус: множественные пятнистые высыпания на коже туловища, с локализацией по линиям натяжения кожи (линиям Лангера). Пятна розового цвета с желтоватым оттенком в центральной части, до 1-2 см в диаметре, овальных или округлых очертаний. Первый появившийся элемент имеет характерное шелушение и нежную складчатость в центре и более интенсивный по периферии воспалительный край, визуальнo напоминает медальон.</p> <p>Общий анализ крови: незначительное увеличение моноцитов.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз и прогноз
Э	-	Розовый лишай Жибера, благоприятный прогноз
P2	-	Диагноз поставлен верно, прогноз соответствует заболеванию
P1	-	Диагноз или прогноз предложены неверные.
P0	-	Диагноз и прогноз предложены неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагностика основывается на:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• клиническом обследовании: данных анамнеза (возраст, связь с недавно перенесенной инфекцией, переохлаждение, нарушение общего состояния) и клинической картине заболевания (наличие «материнской» бляшки, эритематосквамозных элементов, расположенных по линиям Лангера, форма элементов по типу медальона)</li> <li>• исключении других сходных дерматозов (основано на результатах дифференциально - диагностического клинического анализа и лабораторного обследования)</li> </ul>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны диагностические критерии.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику заболевания и в чем принципиальные отличия от розового лишая Жибера?
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Себорейная экзема (при экземе не наблюдается характерного расположения элементов по линиям Лангера, элементы локализуются в местах максимального скопления сальных желез, отсутствует материнская бляшка, в очагах имеются более крупные сальные чешуйки);</li> <li>• Псориаз (при псориазе отсутствует материнская бляшка, кожные высыпания не пятнистого, а папулезного характера, локализация высыпаний на волосистой части</li> </ul>

		<p>головы, лице, разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, феномен Кебнера положительный, положительная псориазная триада);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сифилис (для сифилитической розеолы характерны сосудисто- воспалительного бледно-розового цвета пятна, более бледные, наличие других клинических признаков сифилиса и положительных серологических реакций)</li> <li>• Микоз гладкой кожи (анамнез заболевания характерный, при микроскопическом исследовании обнаруживаются возбудители микоза).</li> </ul>
P2	-	Дифференциальная диагностика проведена полностью верно.
P1	-	Дифференциальная диагностика проведена частично верно: перечислены не все заболевания или не полностью объяснены критерии дифференциальной диагностики заболеваний
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
Э	-	<p>Обычно самопроизвольное выздоровление наступает через 4-5 недель от начала заболевания. Неосложненное течение розового лишая лечения не требует. Больным рекомендуется ограничить прием водных процедур, пользование мочалкой, растирание жестким полотенцем. Важно не вызывать раздражения кожи обильным потоотделением, не пропускающей воздуха одеждой из шерсти или синтетики.</p> <p>При генерализации процесса, выраженном экссудативном характере высыпаний, аллергических проявлениях, экзематизации, наличии зуда показана терапия.</p>
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный.
В	5	<b>Какая медикаментозная терапия может быть назначена?</b>
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Топические глюкокортикостероидные препараты</li> <li>• Антигистаминные препараты</li> <li>• Немедикаментозная терапия: ультрафиолетовая средневолновая терапия</li> <li>• При осложненных формах заболевания назначают системные глюкокортикостероидные препараты</li> </ul>
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный
Н	-	003
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	К врачу обратилась больная 18 лет, у которой появились множественные мелкие высыпания на коже туловища после перенесенного стресса. В течение месяца появлялись новые элементы, а старые увеличивались в размерах, росли. Все это

		<p>время беспокоил умеренный зуд кожных покровов. При сборе анамнеза выявлено, что у пациентки последние 2-3 года на разгибательной поверхности локтевых суставов и на коже головы появились незначительные шелушащиеся высыпания, на которые она не обращала внимания. У дедушки по папиной линии есть похожие высыпания, которые он никогда не лечил.</p> <p>Дерматологический статус: на коже туловища монотипная сыпь, представленная множественными папулами округлых очертаний от 0.3 до 0.8 см в диаметре и единичные бляшки округлых очертаний, размером до 3 см в диаметре, с четкими границами, красно-розового цвета, периферическая зона некоторых элементов свободна от шелушения, в центре множественные серебристые чешуйки.</p> <p>Сопутствующие заболевания: хронический холецистит</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Распространенный вульгарный псориаз, прогрессирующая стадия
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз поставлен на основании клинического обследования: жалобы на высыпания и незначительный зуд, появление высыпаний после перенесенного стресса, наличие высыпаний в типичных местах типичных по морфологии, вероятно наличие генетической предрасположенности</p> <p>прогрессирующая стадия обусловлена наличием зуда, появлением новых элементов, постоянным ростом старых элементов, наличием по периферии венчика воспалительного инфильтрата без серебристых чешуек на поверхности (венчик роста)</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: указаны не все диагностические критерии
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Диагноз псориаза устанавливают на основании клинической картины заболевания, выявления симптомов псориатической триады, наличия феномена Кебнера в прогрессирующей стадии.</p> <p>В ряде случаев для подтверждения диагноза проводят гистологическое исследование биоптата пораженной кожи.</p> <p>В данной ситуации можно подтвердить диагноз получением псориатической триады. Необходимости проводить гистологическое исследование в данной ситуации нет.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью

		верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен частично верно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациентке.
Э	-	Пациентке показано стационарная терапия, т.к. процесс распространенный прогрессирующий. Комбинированная терапия глюкокортикостероидными препаратами в сочетании с салициловой кислотой назначается при выраженном шелушении кожи. Применение топических глюкокортикостероидов в комбинации с другими топическими (например, аналогами витамина D) или системными средствами может способствовать увеличению периода ремиссии псориаза, в том числе проблемных локализаций. Фототерапия Возможно назначение нейролептика: атаракса (в анамнезе стресс)
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный.
B	5	<b>Укажите побочные эффекты при использовании топических кортикостероидов</b>
Э	-	При лечении топическими глюкокортикостероидными препаратами могут наблюдаться такие побочные реакции, как фолликулит, угревидные высыпания, вторичные инфекции, гипертрихоз, периоральный дерматит, гипопигментация, стрии, атрофия кожи. В области кожных складок возможно развитие вторичной инфекции с большей вероятностью. Нанесение глюкокортикостероидных препаратов на кожу лица может также привести к развитию розацеа, периорального дерматита и акне, атрофии с большей вероятностью.
P2	-	Все побочные эффекты указаны верно верно
P1	-	Побочные эффекты указаны частично верно
P0	-	Побочные эффекты указаны неверно
H	-	004
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Пациент 8 лет. Месяц назад мама заметила на коже головы у него небольшие плешинки с обломанными волосами. Не лечились, к врачам не обращались. Постепенно очаги увеличивались в размерах. Дерматологический статус на момент осмотра: 3 очага эритемы на коже волосистой поверхности головы, в затылочной области, с тенденцией к периферическому росту, с асбестовидным сероватыми чешуйками на поверхности, от 4 до 5 мм в диаметре, округлых очертаний, в очагах множество обломанных на уровне 3-4 мм волос. Общий анализ крови: без патологии

В	1	Предположите наиболее вероятный предварительный диагноз
Э	-	Микоз кожи волосистой поверхности головы. Микроспория.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз установлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагностика основывается на данных анамнеза (возраст, постепенный рост элементов, типичная локализация процесса, минимальный зуд) и клинической картины заболевания (округлой формы очаги эритемы, четкие границы, типичной шелушение, обломанные волосы на уровне 4-5 мм, тенденция к периферическому росту)
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны все диагностические критерии.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Какое обследование необходимо назначить для окончательного подтверждения диагноза
Э	-	Диагноз микроспории кожи волосистой поверхности головы основывается на данных клинической картины и результатах лабораторных и инструментальных исследований. У пациента типичные клинические проявления заболевания, но для окончательного подтверждения диагноза необходимо проведение микроскопического исследования на грибы и осмотра под люминесцентным фильтром (лампой Вуда). Культуральное исследование для идентификации вида возбудителя проводится не всегда, только с целью правильного проведения противоэпидемических мероприятий. В данной ситуации необходимости в проведении данного исследования нет.
P2	-	План обследования предложен полностью верно.
P1	-	План обследования предложен не полностью
P0	-	План обследования предложен неверно
В	4	Укажите тактику терапии данного пациента? Какой антимикотический препарат является препаратом выбора при данной форме микроспории и как его назначить правильно?
Э	-	Микроспория волосистой части головы является показанием к назначению системных и местных антимикотических препаратов. Волосы в очагах поражения сбривают 1 раз в 5-7 дней или эпилируют. Препарат выбора- гризеофульвин. Назначают перорально с чайной ложкой растительного масла 12,5 мг на кг массы тела в сутки в 3 приема ежедневно до второго отрицательного микроскопического исследования на наличие грибов, затем через день в течение 2 недель, далее 2 недели 1 раз в 3 дня. Лечение считается законченным при трех отрицательных

		результатах исследования, проводимого с интервалами 5-7 дней.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный.
B	5	<b>Какое обследование необходимо проводить при назначении системных антимикотиков?</b>
Э	-	общего клинического анализа крови (1 раз в 10 дней); общего клинического анализа мочи (1 раз в 10 дней); биохимического исследования сыворотки крови (до начала лечения и через 3-4 недели) (АЛТ, АСТ, билирубин общий).
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный
H	-	005
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>В течение последних 3 недель на голове у 5 - летнего ребенка появились очаги облысения. Субъективных ощущений нет. В квартире у больного имеется маленький котенок, недавно приобретенный на выставке.</p> <p>Дерматологический статус: в теменной области два очага с потерянными волосами величиной до 2 см, округлых очертаний, с тенденцией к периферическому росту. В очагах облысения кожа с мелкопластинчатыми чешуйками, волосы обломаны на уровне 5-6 мм. При осмотре гладкой кожи, на коже туловища и в области левой щеки эритематозно-сквамозные очаги округлой формы, с приподнятым периферическим воспалительным валиком. В области воспалительного валика множественные папулы и единичные пузырьки, корочки.</p>
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Микоз волосистой кожи головы и гладкой кожи. Микроспория.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании клинического обследования: Возраст пациента, наличие предположительного источника инфекции, типичная локализация процесса, отсутствие субъективных ощущений, рост элементов с течением времени, округлая форма очагов, обломанные волосы на соответствующем микроспории уровне, просветление в центре очага, типичная форма элементов, напоминающая кольцо.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: указаны не все диагностические критерии
P0	-	Диагноз обоснован неверно.

В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Диагноз микроспории кожи основывается на данных клинической картины и результатах лабораторных и инструментальных исследований. У пациента типичные клинические проявления заболевания, но для окончательного подтверждения диагноза необходимо проведение микроскопического исследования на грибы и осмотра под люминесцентным фильтром (лампой Вуда) – зеленоватое свечение .</p> <p>Культуральное исследование для идентификации вида возбудителя проводится не всегда, только с целью правильного проведения противоэпидемических мероприятий. В данной ситуации необходимости в проведении данного исследования нет.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен частично верно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациентке.
Э	-	<p>Микроспория волосистой части головы является показанием к назначению системных и местных антимикотических препаратов. Волосы в очагах поражения сбривают 1 раз в 5-7 дней или эпилируют.</p> <p>Препарат выбора- гризеофульвин. Назначают перорально с чайной ложкой растительного масла 12,5 мг на кг массы тела в сутки в 3 приема ежедневно до второго отрицательного микроскопического исследования на наличие грибов, затем через день в течение 2 недель, далее 2 недели 1 раз в 3 дня.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лечение считается законченным при трех отрицательных результатах исследования, проводимого с интервалами 5-7 дней.</li> </ul> <p>Дополнительно проводится терапия местно действующими препаратами. Например: кетоконазол крем, мазь 1–2 раза в сутки наружно в течение 4-6 недель, до получения отрицательного результата на грибы при микроскопическом обследовании.</p>
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный.
В	5	<b>Укажите профилактические мероприятия которые необходимо провести после установления диагноза</b>
Э	-	<p>Профилактические мероприятия при микроспории включают санитарно-гигиенические, в т.ч. соблюдение мер личной гигиены, и дезинфекционные мероприятия (профилактическая и очаговая дезинфекция).</p> <p>Очаговая (текущая и заключительная) дезинфекция проводится в местах выявления и лечения больного: на дому, в детских и медицинских организациях.</p>

		Профилактические санитарно-гигиенические и дезинфекционные мероприятия проводятся в ветеринарных лечебницах, на зоологических выставках, в парикмахерских, банях, саунах, санитарных пропускниках, бассейнах, спортивных комплексах, гостиницах, общежитиях, прачечных и т.д.
P2	-	Все профилактические мероприятия указаны верно
P1	-	Профилактические мероприятия указаны частично верно
P0	-	Профилактические мероприятия указаны неверно
H	-	006
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациент 17 лет, инструктор групповых программ в спортивном клубе, обратился к врачу с жалобами на многочисленные пятнистые элементы на коже туловища, которые он заметил после пребывания на солнце. Субъективные ощущения отсутствуют.</p> <p>Дерматологический статус: в области кожи туловища, груди, верхней части спины располагаются многочисленные гипопигментированные пятнистые элементы с четкими границами, сливающиеся между собой, на фоне гиперпигментированных, кожных покровов (вследствие загара); на коже в подмышечных областях и на коже боковых поверхностей туловища - многочисленные пятна цвета кофе с молоком, с четкими границами, склонные к слиянию. Поверхность элементов покрыта отрубьевидными чешуйками, выявляемыми при легком поскрабливании.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Разноцветный лишай (кератомикоз)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании клинического обследования: возраст пациента, отсутствие субъективных ощущений, появление белых очагов на туловище после пребывания на солнце, наличие предрасполагающего фактора в виде повышенной потливости (профессия), типичный характер высыпания и локализация процесса.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: указаны не все диагностические критерии
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проба Бальцера (при смазывании участков 5% настойкой йода пятна разноцветного лишая окрашиваются йодом более</li> </ul>



		<p>интенсивно за счет пропитывания отрубевидных чешуек)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Проба Бенъе (усиление шелушения при поскабливании очагов)</li> <li>• Осмотр в лучах лампы Вуда (при стертых формах и/или атипичной локализации диагноз устанавливается на основании результатов осмотра в лучах люминесцентной лампы Вуда по характерному желтому или золотисто-бурому свечению).</li> <li>• Микроскопия (при <i>микроскопическом исследовании</i> чешуек, обработанных 10-20% раствором едкого калия (КОН) с 20-минутной экспозицией, обнаруживают элементы гриба (короткие изогнутые нити мицелия (гифы) от 2 до 4 мкм в диаметре и крупные круглые и овальные споры с двухконтурной оболочкой в виде скоплений, напоминающих гроздь винограда)</li> </ul>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен частично верно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту
Э	-	<p>Устранение предрасполагающих факторов</p> <p>Лечение отрубевидного лишая основано на применении противогрибковых препаратов местного и системного действия, в зависимости от распространенности процесса.</p> <p>Для профилактики: во время лечения необходимо проводить дезинфекцию одежды больного, головных уборов, нательного и постельного белья кипячением в 1% мыльно-содовом растворе и 5-кратным проглаживанием горячим утюгом во влажном виде с двух сторон, следует также рекомендовать лечение членам семьи, если у них выявлено заболевание.</p>
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный.
В	5	<b>Какие лекарственные препараты следует назначить</b>
Э	-	<p>При впервые возникшей ограниченной форме поверхностного микоза можно использовать местные препараты для лечения: клотримазол (крем), тербинафин (крем или раствор) 1- 2 раза в сутки до разрешения клинических проявлений (в течение 3 недель) низорал шампунь (до 3 недель, по схеме)</p>
P2	-	Все лекарственные препараты указаны верно
P1	-	Лекарственные препараты указаны частично верно
P0	-	Лекарственные препараты указаны неверно
Н	-	007
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Пациент 58 лет, впервые обратился к доктору по поводу изменения всех ногтевых пластинок на ногах. Проблема стала беспокоить достаточно давно, около 10 лет назад, когда впервые

		<p>подобные изменения появились на большом пальце правой ноги. Пытался лечиться самостоятельно народными средствами, без положительного эффекта.</p> <p>Дерматологический статус: все ногтевые пластинки стоп серовато-желтоватого цвета, утолщены и частично разрушены со свободного края, на коже стоп выраженный гиперкератоз и муковидное шелушение, преимущественно по ходу кожных борозд, слабо выраженная эритема.</p> <p>Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 1 типа</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Микоз стоп (сквамозно – гиперкератотическая форма) Онихомикоз.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании клинического обследования: наличие предрасполагающих факторов (возраст, сопутствующая патология), типичная динамика развития заболевания, медленное типичное распространение процесса и характерная клиническая картина заболевания, тип «мокасин»).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: указаны не все диагностические критерии
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Диагностика базируется на данных клинической картины и результатах лабораторных исследований - проведения микроскопического исследования поражённых ногтевых пластин, соскоба чешуек с очагов на гладкой коже.</p> <p>Т.к. поражены ногтевые пластинки, необходимо назначение системных антимикотических препаратов. В связи с этим рекомендовано проведение биохимического исследования сыворотки крови: билирубин, АСТ, АЛТ, ГГТ, щелочная фосфатазы, гликированный гемоглобин, глюкоза крови.</p> <p>Консультация и обследование у эндокринолога при декомпенсации сахарного диабета.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен частично верно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
Э	-	<p>Комбинированная терапия местными и системными антимикотическими препаратами.</p> <p>При тотальном поражении ногтей назначают системные антимикотические препараты (при отсутствии противопоказаний)</p>

		<p>для назначения данных препаратов у пациента): итраконазол 200 мг перорально 2 раза в сутки после еды в течение 7 дней, повторный курс - через 3 недели, в течение 3 месяцев при микозе ногтей кистей и в течение 4 месяцев при микозе ногтей стоп, тербинафин 250 мг перорально 1 раз в сутки после еды в течение 3 месяцев при онихомикозе кистей и в течение 4 месяцев.</p> <p>После удаления пораженных грибами участков ногтей на очищенное ногтевое ложе применяют один из препаратов: кетоконазол, клотримазол, тербинафин.</p> <p>При значительном гиперкератозе в очагах микоза на стопах предварительно производят отслойку рогового слоя эпидермиса.</p> <p>Антимикотические препараты для наружного применения изоконазол, крем 1–2 раза в сутки наружно в течение 4 недель, кетоконазол, крем, мазь 1–2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений ит.д.</p>
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный.
В	5	<b>Укажите профилактические мероприятия которые необходимо провести после установления диагноза</b>
Э	-	<p>Первичная профилактика: уход за кожей стоп с целью профилактики микротравм, потертостей, устранения гипергидроза, сухости кожи, плоскостопия и др.</p> <p>Вторичная профилактика: дезинфекционная обработка обуви 1 раз в месяц до полного излечения.</p>
P2	-	Все профилактические мероприятия указаны верно
P1	-	Профилактические мероприятия указаны частично верно
P0	-	Профилактические мероприятия указаны неверно
Н	-	007
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>Пациент 58 лет, впервые обратился к доктору по поводу изменения всех ногтевых пластинок на ногах. Проблема стала беспокоить достаточно давно, около 10 лет назад, когда впервые подобные изменения появились на большом пальце правой ноги. Пытался лечиться самостоятельно народными средствами, без положительного эффекта.</p> <p>Дерматологический статус: все ногтевые пластинки стоп серовато-желтоватого цвета, утолщены и частично разрушены со свободного края, на коже стоп выраженный гиперкератоз и муковидное шелушение, преимущественно по ходу кожных борозд, слабо выраженная эритема.</p> <p>Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 1 типа</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Микоз стоп (сквамозно – гиперкератотическая форма) Онихомикоз.
P2	-	Диагноз поставлен верно.

P1	-	Диагноз поставлен неполностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании клинического обследования: наличие предрасполагающих факторов (возраст, сопутствующая патология), типичная динамика развития заболевания, медленное типичное распространение процесса и характерная клиническая картина заболевания, тип «мокасин»).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: указаны не все диагностические критерии
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Диагностика базируется на данных клинической картины и результатах лабораторных исследований - проведения микроскопического исследования поражённых ногтевых пластин, соскоба чешуек с очагов на гладкой коже. Т.к. поражены ногтевые пластинки, необходимо назначение системных антимикотических препаратов. В связи с этим рекомендовано проведение биохимического исследования сыворотки крови: билирубин, АСТ, АЛТ, ГГТ, щелочная фосфатазы, гликированный гемоглобин, глюкоза крови. Консультация и обследование у эндокринолога при декомпенсации сахарного диабета.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен частично верно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
Э	-	Комбинированная терапия местными и системными антимикотическими препаратами. При тотальном поражении ногтей назначают системные антимикотические препараты (при отсутствии противопоказаний для назначения данных препаратов у пациента): итраконазол 200 мг перорально 2 раза в сутки после еды в течение 7 дней, повторный курс - через 3 недели, в течение 3 месяцев при микозе ногтей кистей и в течение 4 месяцев при микозе ногтей стоп, тербинафин 250 мг перорально 1 раз в сутки после еды в течение 3 месяцев при онихомикозе кистей и в течение 4 месяцев. После удаления поражённых грибами участков ногтей на очищенное ногтевое ложе применяют один из препаратов: кетоконазол, клотримазол, тербинафин. При значительном гиперкератозе в очагах микоза на стопах предварительно производят отслойку рогового слоя эпидермиса. Антимикотические препараты для наружного применения изоконазол, крем 1–2 раза в сутки наружно в течение 4 недель,

		кетоконазол, крем, мазь 1–2 раза в сутки наружно до разрешения клинических проявлений ит.д.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный.
B	5	<b>Укажите профилактические мероприятия которые необходимо провести после установления диагноза</b>
Э	-	Первичная профилактика: уход за кожей стоп с целью профилактики микротравм, потертостей, устранения гипергидроза, сухости кожи, плоскостопия и др. Вторичная профилактика: дезинфекционная обработка обуви 1 раз в месяц до полного излечения.
P2	-	Все профилактические мероприятия указаны верно
P1	-	Профилактические мероприятия указаны частично верно
P0	-	Профилактические мероприятия указаны неверно
H	-	008
I	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	У пациента 54 лет, при проведении профилактического медицинского осмотра, обнаружены очаги в крупных складках на коже, которые его особо не беспокоили, иногда – легкий зуд. Ухудшение состояния всегда наблюдалось в летний период времени, при несоблюдении правил личной гигиены (в командировках). Дерматологический статус: на коже в подмышечных и пахово - бедренных складках резко отграниченные слабовоспалительного характера пятна, красно- коричневого цвета, округлых очертаний с четкими границами, фестончатыми очертаниями, на поверхности которых – мелкие чешуйки. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Эритразма.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз устанавливается на основании характерной клинической картины и данных анамнеза: предрасполагающие факторы (ухудшение в летний период года, возраст, несоблюдение личной гигиены, повышенная потливость, сахарный диабет), жалобы (легкий зуд), типичная локализация и морфология элементов.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: указаны не все диагностические критерии
P0	-	Диагноз обоснован неверно.

В	3	<b>С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный процесс?</b>
Э	-	Дифференцировать заболевание следует с разноцветным лишаем, паховой микозом (дерматофитией), псориазом, кандидозом
P2	-	Все заболевания указаны верно.
P1	-	Заболевания указаны частично верно.
P0	-	Все заболевания указаны неверно.
В	4	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Обнаружение возбудителя при микроскопическом исследовании чешуек кожи (грамположительные изогнутые коринебактерии), кораллово-красного или кирпично-красного свечения под лампой Вуда
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен частично верно.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	5	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту
Э	-	При локализации очагов поражения в складках – антибактериальная местная терапия: фузидовая кислота, эритромициновая мазь 2 раза в сутки наружно, втирать в очаги поражения в течение 7 дней. При распространении процесса на гладкую кожу, при декомпенсации сахарного диабета – системные антибиотики. Устранение предрасполагающих факторов, лечение сахарного диабета и соблюдение правил личной гигиены. Во время лечения необходимо проводить дезинфекцию одежды больного, нательного и постельного белья кипячением в 1% мыльно-содовом растворе и проглаживанием горячим утюгом во влажном виде с двух сторон.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный.
P0	-	Ответ неверный.
Н	-	009
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Пациент 25 лет обратился в клинику с жалобами на высыпания и зуд в области головки полового члена. В анамнезе незащищенный половой контакт 2 недели назад, после которого молодой человек самостоятельно, без назначения врача начал принимать ципрофлоксацин по 250 мг 2 раза в сутки 10 дней. На 7 день терапии в области головки полового члена появились указанные выше изменения. Дерматологический статус: эритема и отек головки полового

		члена, единичные эрозивные дефекты, творожистый налет, субъективно беспокоит интенсивный зуд и жжение в области головки полового члена.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый кандидозный баланит
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана форма активности процесса
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз кандидозного баланита установлен на основании клинического обследования: из анамнеза известно, что пациент употреблял системные антибактериальные препараты, на фоне которых появились данные изменения, в дерматологическом статусе типичные клинические проявления заболевания. Острый процесс подтверждается анамнестическими данными: однократный эпизод, возникший на фоне системной антибактериальной терапии
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: указаны не все типичные подтверждающие критерии заболевания (данные анамнеза, жалоб, клинической картины заболевания), не указаны подтверждающие критерии остроты процесса
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Верификация диагноза урогенитального кандидоза базируется на результатах лабораторных исследований: микроскопического исследования нативных препаратов, препаратов с добавлением 10% раствора КОН и препаратов, окрашенных метиленовым синим по Граму (при УГК наблюдается преобладание вегетирующих форм грибов Candida – псевдомицелия и почкующихся дрожжевых клеток). Чувствительность микроскопического исследования составляет 65-85%, специфичность (при наличии клинических проявлений) – 100%. Кандидозный баланит не является заболеванием передающимся половым путем. Обследовать и лечить половых партнеров не нужно.
P2	-	План дополнительного обследования верный
P1	-	План дополнительного обследования верный частично
P0	-	План дополнительного обследования неверный
В	4	Подберите план лечения данного пациента
Э	-	Показанием к проведению лечения является установленный на основании клинической картины и лабораторных исследований диагноз урогенитального кандидоза.

		Острота процесса (однократный эпизод) предполагает использование местных антимикотиков. Лечение кандидозного баланопостита: клотримазол, 1% крем 2 раза в сутки на область поражения в течение 7 дней, при недостаточности терапии или при повторных эпизодах возможно назначение системных антимикотиков (итраконазол, флуконазол).
P2	-	Выбрана правильная тактика лечения в отношении данного пациента
P1	-	Выбранная тактика лечения частично верна
P0	-	Тактика лечения выбрана абсолютно неверная
B	5	Какие требования к результатам лечения, и в какие сроки необходимо проводить контроль излеченности?
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• клиническое выздоровление;</li> <li>• установление излеченности рекомендуется проводить через 14 дней после окончания лечения.</li> </ul>
P2	-	Требования к результатам терапии и сроки проведения контроля излеченности указаны правильно
P1	-	Требования к результатам терапии и сроки проведения контроля излеченности указаны частично правильно
P0	-	Требования к результатам терапии и сроки проведения контроля излеченности указаны неправильно
H	-	010
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	<p>К дерматологу обратилась пациента 19 лет, студентка, с жалобами на появление высыпаний на коже туловища, сопровождающихся незначительным зудом.</p> <p>Анамнез: первые признаки заболевания появились 1.5 года назад после перенесенной ОРВИ. Через некоторое время они побледнели, приобрели буровато-синюшный оттенок. Субъективно не беспокоили, но и не исчезли совсем. 2 недели назад заболела гриппом и элементы опять стали яркими, выступающими над окружающими кожными покровами, опять появился зуд. Самостоятельно пыталась лечиться детским кремом, без эффекта.</p> <p>Дерматологический статус: на коже верхней трети спины имеется 2 пятна розовато-синюшного цвета, округлых очертаний, с четкими границами, одно 4 см, другое 6 см в диаметре. Периферическая зона элементов более яркой окраски, отечна.</p> <p>Общий анализ крови: незначительное увеличение моноцитов и СОЭ.</p>
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз и прогноз
Э	-	Фиксированная токсикодермия
P2	-	Диагноз установлен верно
P1	-	Диагноз установлен частично верно
P0	-	Диагноз установлен неверно
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.



Э	-	Тщательно собранный анамнез имеет особое значение в диагностике лекарственной токсидермии, при этом выясняется: наличие сходных симптомов в анамнезе; прием лекарственных препаратов и др., в перечень лекарств больные обычно не включают препараты, прием которых закончился 1–2 недели тому назад. Диагностика в данном случае основывается данных анамнеза и клинической картины заболевания (простудные заболевания, по поводу которых пациентка принимала жаропонижающие препараты, типичная клиническая картина заболевания, исчезновение проявлений после прекращения приема препарата), но при фиксированной токсикодермии высыпания могут долго сохраняться и после отмены препарата и затем появляться в том же месте при повторном его приеме.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны все диагностические критерии.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Какой план лечения?
Э	-	Следует прекратить прием медикамента, который вызвал проявление данных изменений. Объем медикаментозной терапии зависит от тяжести заболевания. В данной ситуации достаточно использования топических кортикостероидов и антигистаминных препаратов нового поколения.
P2	-	План лечения предложен верно
P1	-	План лечения предложен частично верно
P0	-	План лечения не верный
В	4	Какие меры необходимо предпринять для профилактики рецидивов?
Э	-	Профилактика рецидивов заболевания заключается в информировании пациента о причине заболевания для исключения этого фактора из разрешенных к применению фармакологических средств.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный.
В	5	<b>Какие осложнения могут развиваться при повторных приемах данного лекарственного препарата?</b>
Э	-	Могут развиваться более тяжелые формы токсикодермий: многоформная экссудативная эритема, синдром Лайелла ит.д.
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный

## 6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета:

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

Для тестирования:

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

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

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

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик:

Шлишко Ирина Леонидовна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней