

Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине/модулю, практике дерматовенерология

(наименование дисциплины)

по специальности 31.08.32 «Дерматовенерология»

(шифр, наименование)

№ п/ п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
	Раздел 1. Общая дерматология Раздел 2. Инфекционные и паразитарные заболевания кожи Раздел 3. Неинфекционные воспалительные дератозы Раздел 4. Грибковые заболевания кожи Раздел 5. Сифилис Раздел 6. Инфекции передаваемые половым путем Раздел 7. Гонорея и негонорейные заболевания мочеполовых органов	УК-1,2,3 ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	Знать – основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения; – общие вопросы организации терапевтической помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию работы скорой и неотложной помощи; – причины и механизмы развития болезней, сущность функциональных и морфологических процессов и их клинические проявления при различных кожных венерических болезнях у пациентов различных возрастных групп; – основы фармакотерапии внутренних заболеваний, фармакодинамику и фармакинетику основных групп лекарственных средств, осложнения лекарственной терапии и их коррекцию; – основы иммунологии и реактивности организма и клинической генетики; – организацию службы скорой медицинской	Тесты Задачи	100 30

			помощи и интенсивной терапии; – основы немедикаментозной терапии: физиотерапии, ЛФК и санаторно-курортного лечения; – основы рационального питания здоровых и больных; – противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции; – диспансерное наблюдение за здоровыми и больными; – формы и методы санитарно-просветительной работы; – особенности течения, диагностики и лечения заболеваний в пожилом и старческом возрасте. – симптоматику заболеваний внутренних органов; – дифференциально-диагностическую значимость основных симптомов и синдромов – современную классификацию болезней и причин смерти; – диагностическую значимость (в том числе специфичность, чувствительность) результатов дополнительных методов исследования; – правила оформления больничного листа при различных заболеваниях; – особенности течения и диагноза кожных и венерических болезней в зависимости от возраста и пола. – этиологию, патогенез, патофизиологию, клиническую картину, ближайший и отдаленный прогноз кожных и		
--	--	--	--	--	--

			венерических болезней; а также основных инфекционных заболеваний; – фармакодинамику и фармакокинетику лекарств, показания и противопоказания, признаки терапевтического и побочного действия, взаимодействие лекарств в организме; – методы и принципы начального и поддерживающего лечения и комбинированной фармакотерапии, оценку пользы и риска при применении лекарств; – возможности неотложной клинической диагностики острых осложнений заболеваний внутренних органов, включая пограничные ситуации хирургического, неврологического, инфекционного, интоксикационного профиля; – физиологические, биохимические, морфологические основы неотложных состояний; – методы специфического (причинной) и неспецифического физического медикаментозного лечения неотложных состояний, возможности и направления первой врачебной помощи; – методы предупреждения осложнений и неотложных состояний при дерматологических заболеваниях. – формы и методы санитарно-просветительной работы. – принцип организации специализированной дерматовенерологической		
--	--	--	--	--	--

			помощи населения (поликлиника, стационар); – анатомо-физиологические, возрастные и половые особенности здорового и больного человека, взаимосвязь кожи, функциональных систем организма и их регуляцию; – современные классификации, клиническую симптоматику заболеваний кожи, ИППП, их диагностику, лечение, профилактику; – принципы медикаментозного лечения, фармакокинетику и фармакодинамику основных групп лекарственных средств; – принципы противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции;		
			Уметь – провести всестороннее клиническое обследование больного, и на этом основании определить: предварительный диагноз, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, план дополнительного обследования, в том числе консультации других специалистов, лабораторные и инструментальные исследования, избегая необоснованных и опасных, показания и сроки госпитализации, трудоспособность; – верифицировать и/или уточнить направленный диагноз у больных, поступивших в стационар или на прием в поликлинику;		

			– использовать деонтологические навыки в целях установления положительного психологического контакта с больными; – разработать тактику ведения больного в зависимости от характера и тяжести заболевания: только наблюдение, начальная терапия на первые 24 часа, неотложная терапия острого состояния, приглашение других специалистов, госпитализация или перемещение больного в другое отделение. <i>квалифицированно осуществлять:</i> – эффективное и безопасное лечение больных, в том числе постоянное самостоятельное лечение и наблюдение хронических больных, а также первичную и вторичную профилактику болезней; – плановое комплексное лечение больных, используя режим, диету, физиотерапию, медикаменты, и осуществлять динамический контроль за состоянием больного, эффективностью и переносимостью назначенного лечения, и при необходимости проводить его коррекцию (изменение дозы и способа введения медикаментов, замена последних). <i>осуществлять диагностику и квалификационную врачебную помощь при неотложных состояниях в стационарных и амбулаторных условиях, в том числе;</i> – идентифицировать вид и степень тяжести		
--	--	--	---	--	--

			неотложного состояния; – определить тактику ведения больного: самостоятельное оказание врачебной помощи в полном объеме; начать лечение и вызвать на консультацию соответствующего врача-специалиста; – провести в случае необходимости непрямой массаж сердца и искусственное дыхание, инфузионную терапию; – провести экстренную медикаментозную терапию по показаниям (антибиотики, анальгетики, вазопрессоры, бронхолитики, гормональные препараты, антидоты при отравлениях, гемостатические и др.); – профилактику аспирации, пролежней, травм, интеркуррентных инфекций – динамическое наблюдение за состоянием жизненно важных функций организма; – установить показания для применения методов реанимации – оценить состояние и выделить ведущие синдромы у больных (пострадавших), находящихся в терминальном и тяжелом состоянии; – проводить терапию синдромов острой дыхательной недостаточности, малого сердечного выброса, коагулопатий, дисгидрий, экзо — и эндотоксикоза, белково-энергетической недостаточности, внутричерепной дистензии и их сочетаний; – проводить санитарно-просветительную		
--	--	--	--	--	--

			работу среди населения; – оформить медицинскую документацию. – принимать правильное решение по тактике ведения больного; – 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; – разработать план реабилитации и профилактики; – осуществлять наблюдение за диспансерной группой больных; – определить показания к направлению на сан.кур.лечение; – оформить медицинскую документацию в соответствии с законодательством; – организовать работу среднего и младшего мед.персонала; – составить отчет о работе и провести ее анализ.		
			Владеть – осуществлением		

			непрерывного контроля состояния больного в процессе терапии; – осуществлением рациональной терапии кожных и венерических болезней; – провести неотложные мероприятия при: различных формах шока; гипертоническом кризе; – провести реанимацию при клинической смерти с применением закрытого и открытого массажа сердца, внутрисердечного и внутрисосудистого введения медикаментов; – проведение опроса, осмотра пациента и осуществление оформление истории болезни дерматологического и кожного больного; – определить тактику ведения больного и составить план его обследования; – анализировать, оценивать результаты клинических, иммунологических и биохимических исследований; – оказать неотложную помощь больным с анафилактическими реакциями; – установить и запустить трансфузионные системы для внутривенного введения лекарственных растворов; – исследовать соскобы с чешуек, волос, гладкой кожи и ногтей методом микроскопии для выявления патогенных микроорганизмов и грибов; – выполнять пробы с настойкой йода на наличие скрытого шелушения; – владеть методикой осмотра больного в лучах		
--	--	--	--	--	--

			лампы Вуда, уметь оценить полученный результат свечения; – владеть различными методиками дезинфекции обуви с целью проведения первичной и вторичной профилактики грибковых инфекций стоп; – владеть методикой забора материала и микроскопической методикой исследования с целью обнаружения чесоточного клеща; – владеть методикой забора материала и обнаружения угревой железницы; – владеть методикой постановки кожных аллергических проб и уметь оценивать полученные результаты; – уметь воспроизвести феномен П.В.Никольского; – уметь воспроизвести псориазные феномены; – владеть методикой получения феномена «яблочного желе» - методы диаскопии или витроскопии; – поставить и воспроизвести симптомы зонда А.И.Поспелова. – оценить гиперкератотические чешуйки на наличие феномена «дамского каблучка»; – исследовать тактильную, болевую, тепловую и холодовую чувствительность; – взять материал для микробиологического посева на питательные среды – (антибиограмма) ; – поставить пробу Ядассона; – взять материал для		
--	--	--	--	--	--

			исследования на наличие акантолитических клеток, приготовить препараты и оценить их; – изучить гистологические препараты, уметь оценивать полученные результаты гистологического исследования; – делать внутрикожные, подкожные, внутримышечные инъекции, в том – числе двухмоментные и внутривенные вливания; – взять биопсию кожи; – применять наружные лекарственные средства в соответствии с дерматологическими правилами; – оценить биодозы УФО; – проводить криотерапию жидким азотом или снегом угольной кислоты; – выписать, оформить рецепты на основные лекарственные средства, применяемые в дерматологии. – исследовать стенки уретры на прямом буже; – введение бужа, массажа уретры на прямом буже, введения катетера при – острой задержке мочи; – исследовать простату и семенные пузырьки, взять секрет простаты, провести его микроскопию; – провести инстилляцию лекарственных веществ в уретру; – выполнять уретроскопию и лечебную тампонаду; – взять материал из мочеполовых органов,		
--	--	--	---	--	--

			прямой кишки и миндалин на – гонококки; – микроскопически исследовать мазки на гонококки; – взять отделяемый материал, приготовить мазки, нативные препараты для исследования на трихомонады; – взять материал и исследовать на хламидии; – взять материал и исследовать на микоплазмы и гарднереллы; – исследовать отделяемое на бледную спирохету и провести забор материала; – оформить экстренные извещения; – оформить больничный лист; – представлять больных на ВК; – оформлять медицинскую документацию на больных для ВК; – оформлять санаторно-курортную карту; – участвовать в составлении годового отчета отделения или кабинета; – оформлять документацию для страховой компании; – применять методы физиотерапевтического лечения;		
--	--	--	--	--	--

ФОРМАТ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Специальность **31.08.32 «Дерматовенерология»**

Дисциплина **Дерматовенерология**

Раздел **Дерматовенерология**

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на
---------------------------------------	-------------------

	формирование которой направлено это тестовое задание
К триаде симптомов, характерной для дискоидной формы красной волчанки относятся: а) Алопеция+эритема+атрофия б) Фолликулярный гиперкератоз+гиперпигментация+алопеция в) Эритема+гиперпигментация+атрофия г) Эритема+фолликулярный гиперкератоз+атрофия	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
При кандидозе складок характерным цветом очага является: а) Малиновый б) Кирпично-красный в) Синюшный г) Розовый	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
При лечении периорального дерматита целесообразно: а) Назначение топических ГКС б) Отмена топических ГКС в) Назначение системной антибиотикотерапии г) Использовании только системной терапии ретиноидами	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Саркома Капоши чаще развивается как сопутствующий процесс при: а) Гипертиреозе б) ВИЧ-инфекции в) Кандидозе г) Опоясывающем герпесе	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для ограниченной склеродермии характерно: 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	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
К клиническим проявлениям, характерным для острой экземы относится: а) Мокнутие б) Инфильтрация и усиление кожного рисунка пораженного участка в) Трещины мелопластинчатое шелушение г) Изменение ногтевых пластинок	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для обнаружения возбудителя эритразмы рекомендуется: а) ПЦР б) Микроскопическое исследование в) Культуральное исследование г) Серологическое исследование	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>

Наличие «сетевидного рисунка» на поверхности папул при красном плоском лишае называется: а) Симптом Поспелова б) Симптом Уикхема в) Симптом Бенъе г) Симптом Мещерского	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
При кандидозе складок характерным цветом очага является: а) Малиновый б) Кирпично-красный в) Синюшный г) Розовый	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
При лечении периорального дерматита целесообразно: а) Назначение топических ГКС б) Терапия топическими ингибиторами кальциневрина в) Назначение системной антибиотикотерапии г) Использование системной терапии ретиноидами	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
В каком возрасте может развиваться синдром Стивенса-Джонсона? а) В младенческом б) В юношеском в) У лиц старше 40 лет г) В любом возрасте	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
К элементам характерным для вульгарной пузырчатки относятся: а) папулы, эскориации б) пузыри, эрозии в) везикулы, корочки г) волдыри	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
К поражениям кожи при раннем врожденном сифилисе относятся а) Инфильтрация Гохзингера б) сетка Уикхема в) Триада Гетчинсона г) папулы Готтрона	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Основным субъективным симптомом опоясывающего герпеса является: а) Боль б) Сухость кожных покровов в) Парестезии г) Щекотание	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Гнойное воспаление устьев мерокринных потовых желез это а) Фурункул	<u>УК-1,2,3</u>

б) Целлюлит в) Карбункул г) Везикулопустулез (перипорит, остеопорит)	<u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для лечения розового лишая целесообразно назначать а) ограничение приема водных процедур, б) ГКС в) противогрибковые препараты г) НПВС	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
в содержимом пузыря при дерматозе Дюринга обнаруживаются а) Эозинофилы б) Нейтрофилы в) Базофилы г) Лейкоциты	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Chlamydia trachomatis, кроме урогенитальной хламидийной инфекции, является возбудителем: а) трахомы, венерической лимфогранулемы б) пиодермии в) гонореи г) сифилиса	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для лечения эритразмы используется: а) гидрокортизон б) азелаиновая кислота в) аспирин г) эритромицин	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
симптом «возникающей болезненности при поскбливании чешуек» при красной волчанке называется а) симптом Пospelова б) симптом Соболева в) симптом Бенъе-Мещерского г) симптом Пастернацкого	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Препаратами первой линии для лечения аллергического контактного дерматита являются: а) топические ГКС б) топические НПВС в) анилиновые красители г) фототерапия	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Рубцы после заживления гумм при третичном сифилисе имеют вид: а) втянутых б) звездчатых в) плоских г) «мозаичных»	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Урогенитальный кандидоз имеет природу: а) Бактериальную	<u>УК-1,2,3</u>

б) Вирусную в) Грибковую г) Инфекционно-аллергическую	<u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для лечения контактного ирритантного пеленочного дерматита препаратом выбора является: а) Декспантенол б) Клотримазол в) Азелаиновая кислота г) Вазелин	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Лечение микроспории считается законченным при а) Получении трех отрицательных результатах микроскопического исследования б) Снижения уровня СОЭ в) Отсутствии субъективных жалоб пациента г) Отсутствии внешних кожных проявлений	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Витилиго характеризуется нарушением а) потоотделения б) салоотделения в) меланогенеза г) терморегуляции	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Характерной особенностью розового лишая Жибера является а) положительный симптом Никольского б) симптом Арди-Горчакова в) наличие «материнской» бляшки г) наличие ходов	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Возникновению микробной экземы способствует: а) аллергоанамнез б) варикозная болезнь в) очаги хронической инфекции г) лекарственная непереносимость	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Причинами возникновения многоформной экссудативной эритемы могут являться: а) инсоляция б) прием лекарственных препаратов в) ожоговое поражение г) грубая одежда	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Возбудителем эритразмы является: а) дерматомицеты б) грибы рода кандиды в) вирус простого герпеса г) коринебактерии	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для младенческого периода атопического дерматита наиболее характерно: а) преобладание экссудативных проявлений	<u>УК-1,2,3</u>

б) лихенификация в) отсутствие связи периодов обострения с алиментарными факторами г) белый дермографизм	<u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для оценки степени тяжести псориаза используется индекс: а) PASI б) UAS в) SCORAD г) PODSI	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Дифференцировать псориаз ладоней и подошв следует с а) пузырчаткой б) стрептококковым импетиго в) папулезным сифилисом г) опоясывающим лишаем	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для подтверждения вульгарной пузырчатки необходимо а) РИФ на иммуноглобулины б) проба Бальцера в) содержимое пузыря на эозинофилы г) люминисцентная проба	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Шанкр-амигдалит представляет а) увеличенную в размерах гиперемированную миндалину б) эрозию миндалины в) язву миндалины г) увеличенную в размерах миндалину обычной окраски	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
При герпетиформном дерматите Дюринга наиболее эффективным является а) преднизолон б) антибиотики в) метотрексат г) дапсон	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для лечения разноцветного лишая применяют а) клотримазол б) такролимус в) фуксин г) метиленовый синий	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Одним из наиболее тяжелых вариантов токсико-аллергической реакции является а) синдром Лайела б) синдром Вильямса в) синдром Нельсона г) синдром Рейтера	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
На фоне лечения системными ретиноидами	<u>УК-1,2,3</u>

рекомендовано: а) использование эмолиентов б) прием ретинол пальмитата в) проведение курсов химических пилингов г) регулярное посещения соляриев	<u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u> <u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
сифилитическую лейкодерму необходимо дифференцировать с а) Анемическим невусом б) Комедональным невусом в) Дерматомиозитом г) Отрубевидным лишаем	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Возбудителем бактериального вагиноза является: а) Gardnerella vaginalis б) Trichomonas vaginalis в) Candida albicans г) Neisseria gonorrhoeae	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
В лечении витилиго возможно применение а) пимекролимуса б) кетоконазола в) метотрексата г) фторурацила	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
К признакам триады Гетчинсона относится а) гуммы кожи туловища б) лабиринтная глухота в) саблевидные голени г) бугорки кожи туловища	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
К признакам триады Гетчинсона при позднем врожденном сифилисе относится а) гуммы кожи туловища б) специфические изменения зубов в) саблевидные голени г) бугорки кожи туловища	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
При позднем врожденном сифилисе к признакам триады Гетчинсона относится а) гуммы кожи туловища б) паренхиматозный кератит в) саблевидные голени г) бугорки кожи туловища	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
. Какой антибактериальный препарат назначать для лечения гонококковой инфекции а) цефтриаксон б) альбендазол в) тербинафин г) метотрексат	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для лечения опоясывающего лишая применяются: а) антибактериальные препараты	<u>УК-1,2,3</u>

б) фунгицидные препарат. в) противовирусные препараты г) гомеопатические средства	<u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Лечение при герпетиформном дерматите включает а) диету с повышенным содержанием злаковых б) дапсон в) НПВС г) скльфаниламиды	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Первичным элементом при контагиозном моллюске является а) пустула б) волдырь в) бугорок г) узелок	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ) характерен а) симптом Михаэлиса б) симптом Пастернацкого в) симптом «яблочного желе» г) Симптом «мишени»	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для наружного лечения красного плоского лишая применяются а) топические ГКС б) топические антибиотики в) топические ретиноиды г) топические цитостатики	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для прогрессирующей стадии псориаза характерен а) симптом Кебнера б) симптом облатки в) появление свежих папул г) псевдоатрофический воротник Воронова	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для регрессирующей стадии псориаза характерен а) симптом Кебнера б) симптом облатки в) появление свежих папул г) псевдоатрофический воротник Воронова	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для поражения волос при микроспории характерно а) частичного обламывания волос в очаге поражения на высоте 1-2 мм б) обламывания волос на высоте 4-8мм в) изменение цвета волос г) желтое свечение волос при облучении очагов лампой Вуда	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u> <u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>

Разновидностью сифилитической плешивости является а) мелкоочаговая б) универсальная в) по типу тонзуры г) тотальная	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
К осложнениям пеленочного дерматита относится: а) присоединение вторичной грибковой инфекции - <i>C. albicans</i> б) грибовидный микоз в) кишечная инфекция г) эритезма	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
. Больным с ранним врожденным сифилисом назначается: а) бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая б) вобэнзим в) тетрациклин г) бисептол	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для постановки диагноза микроспории рекомендуется основываться на данных а) общего анализа крови б) рентгенографического исследования в) анамнеза. г) микроскопического исследования	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для лечения головного педикулеза используют а) ниттифор б) фуразолидон в) плаквенил г) бетадин	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Субъективными симптомами хламидийной инфекции нижних отделов мочеполового тракта у мужчин являются а) головокружение б) лихорадка в) светобоязнь г) слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Симптом Сезари это: а) пустулы и гнойные корочки на локтях и в их окружности б) кровянистые корочки в области локтей и в их окружности в) кровянистые корочки и импетигиозные высыпания в межъягодичной складке с переходом на крестец г) обнаружение чесоточного хода пальпаторно в виде легкого полосовидного возвышения	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
. При лечении больных с контагиозным	<u>УК-1,2,3</u>

моллюском следует исключить а) употребление жирной пищи б) контакт с водой и бритье в) нанесение эмоментов г) физические упражнения	<u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для наружного лечения экземы назначают: а) топические цитостатики б) топические ГКС в) топические НПВС г) ванночки с травами	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Кожа вокруг пузырей при пузырчатке а) гиперемирована б) не изменена в) инфильтрирована г) с фиолетовым оттенком	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Разноцветный лишай преимущественно локализуется на а) ладонях и подошвах б) волосистой части головы в) паховой области г) туловище	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Бактериальный вагиноз ставится на основании: а) выявление «ключевых» клеток при микроскопии влагалищных выделений б) выявление мицелия дрожжевых грибов при микроскопии влагалищных выделений в) выявление вирусной флоры при микроскопии влагалищных выделений г) выявление большого количества слизи и цилиндрических клеток при микроскопии влагалищных выделений	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Провоцирующим фактором для акне может быть а) гипогонадизм б) гипотиреоз в) прием стероидных препаратов г) прием системных антибиотиков	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Возможен исход развития гуммозных сифилидов путем а) «сухого» бесследного рассасывания б) изъязвления с последующим рубцеванием в) гипертрофии г) папилломатозных выростов	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для лечения трихомониаза нижнего отдела мочеполовой системы Рекомендуется назначать а) метронидазол б) пенициллин в) вобэнзим г) йод	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>

Преимущества трепонемных тестов: а) техническая простота выполнения б) высокая чувствительность и специфичность в) низкая стоимость г) быстрота получения результатов	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для лечения беременных, больных гонококковой инфекцией назначается а) бисептол б) цефтриаксон в) тетрациклин г) гоновакцина	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для лечения детей, больных опоясывающим герпесом применяется: а) ацикловир б) цефтриаксон в) кетоконазол г) пенициллин	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
При лобковом педикулезе рекомендуется проводить: а) профилактическое лечение от чесотки б) осмотр половых партнеров пациента в) многократную обработку волосистых участков кожи с интервалом в 3 дня г) обработку спиртом волосистой части головы	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Острое инфекционное воспаление дермы и подкожно-жировой клетчатки называется: а) фурункул б) целлюлит в) карбункул г) гидраденит	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Основной причиной почесухи являются а) нейрогенные факторы б) бактерии в) грибы г) вирусы	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Розовый лишай следует дифференцировать с а) опоясывающим лишаем б) чесоткой в) вторичным сифилисом г) буллезным эпидермолизом	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
В лечении розацеа применяют а) пимекролимус б) метотрексат в) супрастин г) гидрокортизоновая мазь	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Истинный полиморфизм высыпаний характерен для: а) вульгарной пузырчатки	<u>УК-1,2,3</u>

б) буллезного пемфигоида в) дерматоза Дюринга г) листовидной пузырчатки	<u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
При тяжелых формах акне рекомендуется назначение а) изотетиноина б) кетоконазола в) циклоспорина г) преднизолона	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Типичным цветом высыпаний при дерматомиозите является а) цвет гелиотропа б) цвет фуксии в) розовый цвет г) вишневый цвет	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
К факторам, способствующим развитию кандидоза кожи относится а) инсоляция б) иммунодефицитное состояние в) гипертрихоз г) употребление специй	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
К формам локализованной склеродермии относится а) кольцевидная б) линейная в) овальная г) веррукозная	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для наружного лечения псориаза применяются а) анилиновые красители б) синтомициновый линимент в) салициловая мазь г) фунгицидные лаки	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Неосложненная гонорея у мужчин проявляется клиникой а) простатита б) фолликулита в) уретрита г) сальпингитита	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для лечения токсидермии применяют а) ацикловир б) пенициллин в) метотрексат г) преднизолон	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Среди атипичных форм твердого шанкра выделяют а) индуративный отек б) герпетический в) ожоговый г) папилломатозный	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>

При наличии выраженного кандидозного вульвовагинита назначают а) флуконазол б) трихопол в) пробиотики г) пенициллин	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для лечения урогенитального трихомониаза назначают а) орнидазол б) преднизолон в) унитиол г) вершпирон	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Ключевым моментом в профилактике пелёночного дерматита является а) комплекс мероприятий по уходу за кожей ребенка б) элиминационная диета в) использование пероральных противомикотических средств г) смена типа используемых подгузников	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Терапия больных ВБЭ включает: а) профилактические прививки б) высокие дозы преднизолона в) специфический уход за пораженной кожей г) цитостатики	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Волосы в очагах микроспории: а) обломаны вровень с поверхностью кожи б) обломаны и выступают над уровнем кожи на 4-5 мм в) не содержат, гниды г) не изменены	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
При ассоциации опоясывающего герпеса с ВИЧ-инфекцией: а) наблюдаются распространенные глубокие высыпания б) отсутствует болевой синдром в) процесс характеризуется редкими рецидивами г) кожный процесс характеризуется слабо выраженными проявлениями	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
. Что является признаком активной инфекации вшами: а) гниды находятся у основания волос б) пустые яйцевые оболочки и погибшие гниды на значительном расстоянии от кожи головы (более 2 см) в) отсутствие вшей в швах и складках на внутренней стороне вещей г) отсутствие живых вшей только в области волосистой части головы	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>

В большинстве случаев развитие многоформной эритемы связывают с: а) стрептококками б) ОРВИ в) стафилококками и стрептококками г) герпетической инфекцией, вирусами гепатита В и С, Эпштейн-Барр	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для отрубевидного лишая характерно а) положительный симптом Никольского б) симптом Базена в) симптом Ауспитца г) положительная пробы Бальцера	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Разновидностью истинной пузырчатки является: а) буллезный пемфигоид б) рубцующий пемфигоид в) вегетирующая пузырчатка г) герпес беременных	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
При вульгарной пузырчатке в соержжом пузыря обнаруживаются а) эозинофилы б) LE клетки в) клетки Тцанка г) клетки Лангерганса	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Основным скрининговым тестом в диагностике сифилиса является а) микрореакция б) гистологическое исследование в) ПЦР г) культуральное исследование	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Основным препаратом для лечения гонорейной инфекции является а) тетрациклин б) цефазолин в) цефтриаксон г) пенициллин	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>
Для лечения красного плоского лишая применяют а) топические ретиноиды б) топические НПВС в) топические ГКС г) топические антибиотики	<u>УК-1,2,3</u> <u>ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</u>

Раздел
Лекарс
твенны
е

ОТВЕ
ТЫ К
ТЕСТ
ОВЫМ
ЗАДА
НИЯМ

1.	Г
2.	А
3.	Б
4.	Б
5.	А
6.	Б
7.	Б

8.	Б
9.	А
10.	Б
11.	Г
12.	Б
13.	А
14.	А
15.	Г
16.	А
17.	А
18.	А
19.	Г
20.	В
21.	А
22.	Б
23.	В
24.	А
25.	В
26.	В
27.	В
28.	Б
29.	Б
30.	Г
31.	А
32.	А
33.	В
34.	А
35.	А
36.	Г
37.	А
38.	А
39.	А
40.	Г
41.	А
42.	А
43.	Б
44.	Б
45.	Б

46.	А
47.	В
48.	Б
49.	Г
50.	Г
51.	А
52.	А
53.	А
54.	Б
55.	А
56.	А
57.	А
58.	Г
59.	А

60.	Г
61.	Г
62.	Б
63.	Б
64.	Б
65.	Г
66.	А
67.	В
68.	Б
69.	А
70.	Б
71.	Б
72.	А
73.	Б
74.	Б
75.	А
76.	В
77.	А
78.	В
79.	А
80.	А
81.	Б
82.	Б
83.	В
84.	В
85.	Г
86.	А
87.	А
88.	А
89.	А
90.	В
91.	Б
92.	А
93.	А
94.	Г
95.	Г
96.	В
97.	В
98.	А
99.	В
100.	В

**ЗАДАЧИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»**

Перечень заданий

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

		ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. 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. 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.
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.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	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 «листьев папоротника», на коже сгибательных поверхностей лучезапястных суставов и в области кожи поясницы; 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. Активная форма подтверждается наличием сильного зуда, яркой выраженностью и распространенностью воспалительного процесса, положительной изоморфной реакцией, постоянным подсыпанием новых элементов
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.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Э	-	Диагноз данной формы красного плоского лишая ставится на основании данных клинического обследования, поэтому дополнительного обследования не требуется. 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.
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	-	• клинического анализа крови; • биохимического анализа крови (АЛТ, АСТ, общий билирубин, триглицериды, холестерин, общий белок); • клинического анализа мочи
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
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса

Н	-	002
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент М., 28 лет, тренер по баскетболу, обратился с жалобами на сыпь в области кожи туловища, сопровождающуюся незначительным зудом. В анамнезе перенесенная 3 недели назад острая респираторно вирусная инфекция после переохлаждения по поводу которой 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. 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, визуально напоминает медальон. Общий анализ крови: незначительное увеличение моноцитов.
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	-	Диагностика основывается на: - клиническом обследовании: данных анамнеза (возраст, связь с недавно перенесенной инфекцией, переохлаждение, нарушение общего состояния) и клинической картине заболевания (наличие «материнской» бляшки, эритемато-сквамозных элементов, расположенных по линиям Лангера, форма элементов по типу медальона) - исключении других сходных дерматозов (основано на результатах дифференциально - диагностического клинического анализа и лабораторного обследования)
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	-	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); - Псориаз (при псориазе отсутствует материнская бляшка, кожные высыпания не пятнистого, а папулезного характера, локализация высыпаний на волосистой части головы, лице, разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, феномен Кебнера положительный, положительная псориатическая триада); - Сифилис (для сифилитической розеолы характерны сосудисто-воспалительного бледно-розового цвета пятна, более бледные, наличие других клинических признаков сифилиса и положительных серологических реакций) - Микоз гладкой кожи (анамнез заболевания характерный, при микроскопическом исследовании обнаруживаются возбудители микоза).
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.
B	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
Э	-	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. При генерализации процесса, выраженном экссудативном характере высыпаний, аллергических проявлениях, экзематизации, наличии зуда показана терапия.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Какая медикаментозная терапия может быть назначена?
Э	-	- Топические глюкокортикостероидные препараты - Антигистаминные препараты - Немедикаментозная терапия: ультрафиолетовая средневолновая терапия - При осложненных формах заболевания назначают системные глюкокортикостероидные препараты
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	003
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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 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. 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. Сопутствующие заболевания: хронический холецистит
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	-	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 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)
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	-	Диагноз псориаза устанавливают на основании клинической картины заболевания, выявления симптомов псориатической триады, наличия феномена Кебнера в прогрессирующей стадии. В ряде случаев для подтверждения диагноза проводят гистологическое исследование биоптата пораженной кожи. В данной ситуации можно подтвердить диагноз получением псориатической триады. Необходимости проводить гистологическое исследование в данной ситуации нет.
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	-	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: атакраса (в анамнезе стресс)
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Укажите побочные эффекты при использовании топических кортикостероидов
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
P1	-	Побочные эффекты указаны частично верно
P0	-	Побочные эффекты указаны неверно
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	004
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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
B	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.
B	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.
В	5	Какое обследование необходимо проводить при назначении системных антимикотиков?
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

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	005
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
Ф	A/04.7	Проведение и контроль эффективности санитарно-гигиенических и профилактических мероприятий по охране здоровья взрослого населения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. 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.
В	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.
В	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	-	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 . 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 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	-	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. 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.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Укажите профилактические мероприятия которые необходимо провести после установления диагноза
Э	-	Профилактические мероприятия при микроспории включают санитарно-гигиенические, в т.ч. соблюдение мер личной гигиены, и дезинфекционные мероприятия (профилактическая и очаговая дезинфекция). Очаговая (текущая и заключительная) дезинфекция проводится в местах выявления и лечения больного: на дому, в детских и медицинских организациях. 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
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	006
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	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. 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 отрубевидными чешуйками, выявляемыми при легком поскабливании.
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	-	• Проба Бальцера (при смазывании участков 5% настойкой йода пятна разноцветного лишая окрашиваются йодом более интенсивно за счет пропитывания отрубевидных чешуек) • Проба Бенъе (усиление шелушения при поскабливании очагов) • 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). • Микроскопия (при микроскопическом исследовании 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)
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	-	Устранение предрасполагающих факторов Лечение отрубевидного лишая основано на применении противогрибковых препаратов местного и системного действия, в зависимости от распространенности процесса. 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.

P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какие лекарственные препараты следует назначить
Э	-	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)
P2	-	Все лекарственные препараты указаны верно
P1	-	Лекарственные препараты указаны частично верно
P0	-	Лекарственные препараты указаны неверно
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	007
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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 подобные изменения появились на большом пальце правой ноги. Пытался лечиться самостоятельно народными средствами, без положительного эффекта. 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. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 1 типа
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	-	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.
В	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 пораженных 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.
В	5	Укажите профилактические мероприятия которые необходимо провести после установления диагноза
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
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	008
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Эритразма.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	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	<i>С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный процесс?</i>
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.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	009
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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
B	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	-	• клиническое выздоровление; • установление излеченности рекомендуется проводить через 14 дней после окончания лечения.
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
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	010
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К дерматологу обратилась пациента 19 лет, студентка, с жалобами на появление высыпаний на коже туловища, сопровождающихся незначительным зудом. 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. 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. Общий анализ крови: незначительное увеличение моноцитов и СОЭ.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз и прогноз
Э	-	Фиксированная токсикодермия
P2	-	Диагноз установлен верно
P1	-	Диагноз установлен частично верно
P0	-	Диагноз установлен неверно
В	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	Какие осложнения могут развиваться при повторных приемах данного лекарственного препарата?
Э	-	Могут развиваться более тяжелые формы токсикодермий: многоформная эксудативная эритема, синдром Лайелла ит.д.

P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	011
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К дерматологу на прием обратилась пациентка 45 лет, бухгалтер, по поводу внезапно возникшего плохого самочувствия, мышечных болей, болезненного мочеиспускания и появившихся высыпаний в области верхних, нижних конечностей, слизистой ротовой полости. Анамнез: по поводу депрессии консультировалась у психиатра и некоторое время назад начала принимать успокаивающие препараты, назначенные доктором. Объективный статус: температура 37,7° С, полиморфные высыпания в виде багрово-красных пятен с синюшным оттенком, папул, пузырьков, мишеневидных очагов на кожа дистальных участков верхних и нижних конечностей, на слизистой ротовой полости резко болезненные эрозии, покрытые сероватым фибринозным налетом, на красной кайме губ часто толстые буро-коричневые геморрагические корки. Результаты лабораторного обследования: анемия, лимфопения.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Синдром Стивенса-Джонсона
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью верно
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз синдрома Стивенса-Джонсона основывается на результатах анамнеза заболевания и характерной клинической картине (возраст – старше 40 лет, прием лекарственного препарата в анамнезе, продромальный период, нарушение общего самочувствия, типичные морфологические элементы в типичных местах, типичное поражение слизистых ротовой полости и урогенитального тракта)
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: указаны не все типичные подтверждающие критерии заболевания (данные анамнеза, жалоб, клинической картины заболевания)
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для подтверждения диагноза
Э	-	Диагноз синдрома Стивенса-Джонсона основывается на результатах

		анамнеза заболевания и характерной клинической картине, возможна консультация уролога и проведение исследования общего анализа мочи. Возможно проведение контрольных исследований общего анализа крови (при проведении клинического анализа крови выявляется анемия, лимфопения, эозинофилия (редко); нейтропения является неблагоприятным прогностическим признаком).
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ частично верный.
P0	-	Ответ неверный
B	4	Составьте план терапии
Э	-	Системная терапия • Глюкокортикостероидные препараты системного действия: преднизолон 60 – 90 мг в сутки внутримышечно или внутривенно • Инфузионная терапия (допустимо чередование различных схем): • натрия хлорид 0,9% 400 мл внутривенно капельно на курс 5–10 вливаний, кальция глюконат 10% 10 мл 1 раз в сутки внутримышечно в течение 8–10 дней, • При отсутствии эффекта - проведение процедур гемосорбции, плазмафереза • При возникновении инфекционных осложнений назначают антибактериальные препараты с учетом выделенного возбудителя, его чувствительности к антибактериальным препаратам и тяжести клинических проявлений Наружная терапия заключается в тщательном уходе и обработке кожных покровов, для наружной терапии используют растворы антисептических препаратов: раствор перекиси водорода 1%, раствор хлоргексидина 0,06%, раствор перманганата калия; для обработки эрозий анилиновые красители: метиленовый синий, фукоцин, бриллиантовый зеленый. При поражении слизистой оболочки полости рта проводят полоскания несколько раз в день антисептическими (хлоргексидин, мирамистин) или противогрибковыми (клотримазол) растворами.
P2	-	Выбрана правильная тактика в отношении данной пациентки
P1	-	Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Тактика выбрана абсолютно неверная
B	5	Какие профилактические мероприятия необходимо проводить?
Э	-	Профилактика рецидивов синдрома Стивенса–Джонсона заключается в исключении препаратов, вызвавших данное заболевание. Рекомендуется носить опознавательный браслет с указанием препаратов, вызвавших синдром Стивенса–Джонсона.
P2	-	Ответ верный

P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	012
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У мальчика 2 лет месяцев, с 3 месячного возраста жизни периодически появляются высыпания на коже лица и верхних конечностях, беспокоит кожный зуд, особенно при повышенном потоотделении Отец ребенка страдает бронхиальной астмой, обострения в значительной степени связаны с алиментарными факторами, длительность ремиссий 2-3 месяца, частота обострения 3-4 раза в году Дерматологический статус: множественные эскориации, эритематозно-сквамозные высыпания, папулы, везикулы и мокнутие на щеках, лбу, на разгибательных поверхностях верхних конечностей, сопровождающимися интенсивным зудом, отёчностью, мокнутием, дермографизм красный, начальные проявления заболевания локализовались также на разгибательных и сгибательных поверхностях конечностей. Лабораторное обследование: эозинофилия крови
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз и прогноз
Э	-	Распространенный атопический дерматит, средне-тяжелого течения, стадия обострения
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен верно не полностью
P0	-	Диагноз предложен неверный.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз атопического дерматита устанавливается на основании анамнестических данных и характерной клинической картины. Для постановки диагноза атопического дерматита необходимо сочетание трёх главных и не менее трёх дополнительных критериев. Главные диагностические критерии: кожный зуд, типичная морфология и локализация патологического процесса, хроническое рецидивирующее течение, наличие атопического заболевания у его отца, начало заболевания в раннем детском возрасте (до 2 лет). Дополнительные диагностические критерии: • обострение процесса под влиянием провоцирующих факторов (пищевые продукты); • эозинофилия периферической крови; • зуд при повышенном потоотделении. Средне – тяжелого течения: длительность ремиссий 2-3 месяца, частота обострения 3-4 раза в году Обострение: выраженные клинических проявлений (эритема, папулы, микровезикулы, мокнутие, множественные эскориации)

P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны все диагностические критерии.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
B	3	Составьте возможный план обследования
Э	-	- Клинический анализ крови. - Определение уровня общего IgE в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. - Аллергологическое исследование сыворотки крови – определение специфических IgE к пищевым, бытовым антигенам, антигенам растительного, животного и химического происхождения
P2	-	План составлен верно.
P1	-	План составлен верно не полностью.
P0	-	План составлен неверно.
B	4	Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
Э	-	- Устранение триггерных факторов (клещи домашней пыли, плесени, смена климатических зон, экологическое неблагополучие окружающей среды, нарушение диетического режима, нарушение правил и режима ухода за кожей, нерациональное использование синтетических моющих средств, а также шампуней, мыла, лосьонов с высоким значением pH, табачный дым и др.). - Всем больным атопическим дерматитом вне зависимости от тяжести, распространенности, остроты кожного процесса, наличия или отсутствия осложнений назначаются средства базового ухода за кожей. - Наружная терапия: глюкокортикостероидные препараты для наружного применения сильной или умеренной степени активности и/или топические блокаторы кальциневрина. Антигистаминные препараты - Обучающие программы психореабилитационной направленности. - Наблюдение и лечение у педиатра, при нарушении работы ЖКТ
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Назовите осложнения при нерациональном использовании топических кортикостероидных препаратов
Э	-	- Атрофия - Присоединение вирусной и бактериальной инфекции
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	013
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К окулисту обратилась больная, 63 лет по поводу покраснения, шелушения и легкого зуда кожи век. Анамнез: больная наблюдается у окулиста с диагнозом глаукома правого глаза и постоянно использует глазные капли по назначению врача, но высыпания появились только в последние 3 недели. Дерматологический статус: кожа век отечна и гиперемирована, границы очагов нечеткие, видны мелкие чешуйки на поверхности элементов, слезистая глазного яблока гиперемирована, отмечается инъекция сосудов склер.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Аллергический контактный дератит
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 аллергического контактного дерматита установлен клинически, на основании типичного анамнеза: (ассиметричный процесс, сенсибилизация к глазным каплям) и типичной клинической картины заболевания (зуд, эритема с нечеткими границами, которая выходит за пределы действия патологического фактора)
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для подтверждения диагноза
Э	-	Диагноз ставится на основании данных клинического обследования, поэтому дополнительного обследования не требуется.
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	Составьте план лечения
Э	-	Исключить фактор Наружная терапия топическими кортикостероидами (крем на кожу и глазная мазь 5-7 дней) до исчезновения клинических признаков заболевания.
P2	-	Выбрана правильная тактика в отношении данной пациентки
P1	-	Выбранная тактика верна, но ответ неисчерпывающий
P0	-	Тактика выбрана абсолютно неверная
В	5	Какие осложнения возможны при нерациональном использовании топических кортикостероидных препаратов

Э	-	• Атрофия • Бактериальные осложнения • Телеангиоэктазии • Розацеа и периоральный дерматит
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ верный не полностью
P0	-	Ответ неверный
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	014
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 20 лет, госпитализирована в дерматологический стационар по поводу заболевания, которым страдает с раннего детства. Аналогичный процесс, с ее слов у бабушки, по материнской линии, но проявлений на коже было значительно меньше. Беспокоит мучительный зуд, усиливающийся после эмоциональных переживаний. Длительность ремиссий 2-3 месяца, частота обострения 3-4 раза в году. Дерматологический статус: кожа сухая, процесс распространенный, симметричный, с локализацией на коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей, с преимущественным поражением кожи локтевых и коленных сгибов, шеи, периоральной и периорбитальной локализацией процесса. Вокруг глаз выраженная гиперпигментация. Белый дермографизм в очагах. Зона поражения представлена очагами застойной эритемы, множественными папулезными элементами, лихенизацией. По всем кожным покровам видны множественные экскориации
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз и прогноз
Э	-	Распространенный атопический дерматит, тяжелого течения, стадия обострения
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	-	Диагноз атопического дерматита устанавливается на основании анамнестических данных и данных характерной клинической картины. Для постановки диагноза атопического дерматита необходимо сочетание трёх главных и не менее трёх дополнительных критериев. Главные диагностические критерии: кожный зуд, типичная морфология и локализация патологического процесса характерная для взрослого периода течения заболевания, хроническое рецидивирующее течение, наличие атопического заболевания у родственников, начало заболевания в раннем детском возрасте. Дополнительные диагностические критерии: Сухая кожа, обострение процесса под влиянием стрессовых факторов, гиперпигментация вокруг глаз, белый дермографизм Тяжелого течения: частота обострений – 5 раз в год и более, длительность

		ремиссии 1–1,5 месяца Распространенный процесс – поражено более 10% кожных покровов. Обострение: выраженные клинических проявлений (эритема, папулы, множественные экскориации)
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны диагностические критерии.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
B	3	Тактика терапии данной пациентки
Э	-	- Устранение триггерных факторов (устранение стрессов, клещи домашней пыли, плесени, смена климатических зон, экологическое неблагополучие окружающей среды, нарушение диетического режима, нарушение правил и режима ухода за кожей, нерациональное использование синтетических моющих средств, а также шампуней, мыла, лосьонов с высоким значением pH, табачный дым и др.). - Всем больным атопическим дерматитом вне зависимости от тяжести, распространенности, остроты кожного процесса, наличия или отсутствия осложнений назначаются средства базового ухода за кожей. - Наружная терапия: глюкокортикостероидные препараты для наружного применения сильной или умеренной степени активности и/или топические блокаторы кальциневрина. - Системные кортикостероиды и иммуносупрессанты (циклоsporин) - Антигистаминные препараты - Обучающие программы психореабилитационной направленности, коррекция состояния нервной системы
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Тактика верна, но ответ не исчерпывающий
P0	-	Ответ неверный
B	4	Укажите побочные эффекты при назначении системной кортикостероидной терапии и методы их коррекции
Э	-	- развитие синдрома Иценко-Кушинга - нарушение водно – солевого баланса (гипокалемия-панангин, аспаркам, хлорид кальция) - остеопороз, особенно у женщин (препараты кальция, препараты по профилактике – вит.Д, проведение денситометрии-диагностика остеопороза) - ожирение, стероидный диабет (контроль сахара, гипогликемическая диета, стол9а, антидиабетические препараты) - эрозивно-язвенная патология ЖКТ (де-нол), 120 мг, 4 р в сутки до еды) - гипертония (гипотензивные препараты), бессонница, острый психоз, инфаркт миокарда. - иммуносупрессия - антибактериальная терапия и противовирусная терапия
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Какие правила использования топических кортикостероидных (тГКС)

		препаратов при атопическом дерматите
Э	-	• При назначении тГКС необходимо учитывать степень активности препарата и лекарственную форму. • Не рекомендуется смешивать топические глюкокортикостероидные препараты с другими препаратами наружной терапии. • Наружные глюкокортикостероидные препараты наносят на пораженные участки кожи от 1 до 3 раз в сутки, в зависимости от выбранного препарата и тяжести воспалительного процесса. При легком течении атопического дерматита достаточно небольшого количества тГКС 2–3 раза в неделю в сочетании с использованием эмолиентов. • Необходимо избегать использования тГКС высокой активности на кожу лица, область гениталий и интертригинозные участки. • Во избежание резкого обострения заболевания дозу тГКС следует снижать постепенно. Это возможно путем перехода к тГКС меньшей степени активности с сохранением ежедневного использования или путем продолжения использования сильного тГКС, но со снижением частоты аппликаций (интермиттирующий режим). • Зуд можно рассматривать в качестве ключевого симптома при оценке эффективности проводимой терапии, поэтому не следует снижать дозу тГКС до исчезновения зуда у пациентов с атопическим дерматитом.
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ частично верный
P0	-	Ответ неверный
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	015
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 35 лет, обратился к дерматологу по поводу мучительного зуда в течение 2 недель, преимущественно в ночное время суток. Отмечает, что месяц назад находился в командировке, проблем с кожей не было. Подозревает наличие аллергической реакции на фрукты, привезенные из тропических стран, т.к. у жены несколько дней назад также появился зуд. Дерматологический статус: процесс распространенный, симметричный, с локализацией в области кожи кистей и нижней трети живота, представлен множественными фолликулярными папулами, невоспалительными мелкими везикулами, расчесами и кровянистыми корочками, диссеминированными по всему кожному покрову, на коже живота слегка возвышающиеся множественные изогнутые линии грязно-серого цвета, длиной 5–7 мм.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Чесотка, типичная форма.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз чесотки нельзя исключить на основании комплекса клинических и эпидемиологических данных: командировка, острое начало процесса, интенсивный зуд в ночное время, поражение нескольких членов одной семьи, типичная локализация процесса и морфология элементов
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: указаны не все типичные подтверждающие критерии заболевания (данные анамнеза, жалоб, клинической картины заболевания)
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Диагноз чесотки устанавливается на основании комплекса клинических и эпидемиологических данных, подтвержденных инструментальными и лабораторными исследованиями, направленными на обнаружение возбудителя. Диагноз чесотки должен подтверждаться обнаружением возбудителя. 1. Метод прокрашивания (подозрительный на чесоточный ход элемент смазывают спиртовым раствором йода или анилиновыми красителями). 2. Микроскопия: • метод извлечения клеща иглой • Метод соскобов позволяет обнаружить содержимое чесоточного хода, папул и везикул. Каплю 40% молочной кислоты наносят на чесоточный ход, папулу, везикулу или корочку. Через 5 минут разрыхленный эпидермис соскабливают скальпелем до появления капли крови. Материал переносят на предметное стекло в каплю той же молочной кислоты, накрывают покровным стеклом и проводят микроскопическое исследование. 3. Дерматоскопия является обязательным методом при обследовании больного чесоткой.
P2	-	Верный ответ
P1	-	Указаны не все этапы дополнительного обследования
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно, указаны абсолютно неподходящие диагнозу методики обследования
В	4	Укажите общие принципы терапии чесотки
Э	-	• одновременное лечение всех больных, выявленных в очаге, для предотвращения реинвазии; • нанесение противочесоточных препаратов в вечернее время для повышения эффективности терапии, что связано с ночной активностью возбудителя; • нанесение на весь кожный покров, исключение составляют лицо и волосистая часть головы; • нанесение скабицидов голыми руками, а не салфеткой или тампоном, особенно тщательно препараты втирают в кожу ладоней и подошв; • если после нанесения препарата возникла необходимость вымыть руки, то их необходимо повторно обработать скабицидом; • проведение мытья перед первым нанесением скабицида и после завершения лечения; смена нательного и постельного белья – после курса терапии;

		- экспозиция препарата на коже должна быть не менее 12 часов, включая весь ночной период, утром его можно смыть; - после завершения терапии необходимо провести дезинсекцию нательного и постельного белья, полотенец, одежды и обуви, провести влажную уборку в помещении, где находился больной.
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ верный не полностью
P0	-	Ответ неверный
В	5	Назовите лекарственные препараты, которые можно использовать для лечения данного пациента
Э	-	- Бензилбензоат - Перметрин - Спрегаль - Серная мазь
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ верный не полностью
P0	-	Ответ неверный

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	016
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина 26 лет обратилась на прием к врачу-гинекологу с жалобами на изменения в области половых органов. При осмотре: на правой большой половой губе располагается безболезненная язва 0,5 см в диаметре, округлой формы, мясо-красного цвета, с резкими границами; при пальпации определяется плотное безболезненное основание, язва находится в стадии рубцевания, на коже туловища, преимущественно на боковых поверхностях живота, обильная розеолезно-папулезная сыпь, увеличены все группы лимфатических узлов, с преобладанием пахового лимфаденита, плотноэластической консистенции, подвижные, безболезненные при пальпации.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Вторичный период сифилиса с поражением кожи и слизистых
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Сифилис нельзя исключить на основании данных анамнеза и клинической картины заболевания: женщина 26 лет (сексуально активный возраст), проявления язвенного элемента в области гениталий, типичное клиническое описание процесса (безболезненный элемент, 0,5 см в диаметре, округлой формы, мясо-красного цвета, с резкими границами, инфильтратом в основании), типичное изменение лимфатических узлов (лимфаденит с преобладанием

		регионарного) и появление предположительно первых признаков вторичного периода сифилиса, в виде пятнисто – папулезной сыпи на коже туловища.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны все диагностические критерии.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациентке рекомендовано: проведение темнопольной микроскопии (соскоб с язвенного дефекта) и серологического обследования (микрореакция и ИФА), обследование половых контактов и тесных бытовых контактов
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	-	Показано окончательно обосновать диагноз и назначить специфическую терапию, в соответствии с инструкциями по лечению сифилиса
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный не полностью
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Пациентке назначены антибиотики по существующей схеме. Она пропустила 2 инъекции. Ваша тактика
Э	-	При лечении сифилиса должна сохраняться тепломомодная консультация все время терапии. Поэтому при пропуске инъекций необходимо начать терапию вновь и отсчет вести с этого дня.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана частично верно
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	017
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	На прием обратился молодой человек 21 года, с явлениями фимоза, развившимся неделю назад. Паховые лимфоузлы увеличены до размера мелкой сливы, не спаянные между собой, плотноэластической консистенции, подвижны, безболезненны, кожа над ними не изменена. Больной не женат, имел случайный половой контакт 1 месяц назад.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Нельзя исключить первичный сифилис
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Сифилис нельзя исключить на основании данных анамнеза и клинической картины заболевания: Молодой человек сексуально активного возраста, наличие в анамнезе случайного полового контакта 1 месяц назад(инкубационный период сифилиса 1 месяц), половой член в состоянии фимоза (состоянии фимоза всегда подозрительно на наличие первичного сифилиса, т.к. фимоз является осложнением первичной сифиломы), типично изменение лимфатических узлов
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны все диагностические критерии.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: проведение серологического обследования, проведение трепонемного и нетрепонемного тестов (микрореакция и ИФА) и обследование половых партнеров Все пациенты с локализацией высыпаний в области половых органов подлежат полноценному лабораторному обследованию для исключения всех инфекций передаваемых половым путем.
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	-	Показано окончательно обосновать диагноз и назначить специфическую терапию, в соответствии с инструкциями по лечению сифилиса
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный не полностью
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какие антибиотики являются препаратами выбора при лечении первичного сифилиса
Э	-	Препарат выбора — дюранный пенициллин (бензатин бензилпенициллин), как наиболее удобный в применении. Препараты средней дюрантности или водорастворимый пенициллин используют при необходимости лечения больного в стационаре (при осложненном течении заболевания, соматически ослабленных больных и др.).
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана частично верно
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	018
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная 19 лет обратилась в кожно-венерологический диспансер.

		Жалобы на изменения в области красной каймы нижней губы, появившееся неделю назад. При дерматологическом осмотре: в указанной области безболезненная язва, величиной с однокопеечную монету, мяско-красного цвета, с четкими границами. При пальпации в основании язвы определяется плотный инфильтрат. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, плотноэластической консистенции, подвижные, безболезненные при пальпации. Кожа свободна от высыпаний. Микрореакция преципитации отрицательная.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Нельзя исключить первичный серонегативный сифилис
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Сифилис нельзя исключить на основании данных анамнеза и клинической картины заболевания: Сексуально активный возраст молодой женщины, типичная экстрагенитальная локализация твердого шанкра и его клиническое описание, характерное для первичного сифилиса изменения лимфатических узлов Отрицательный результат нетрепонемного теста может свидетельствовать о серонегативном периоде первичного сифилиса.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны все диагностические критерии.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано для подтверждения диагноза: проведение темнопольной микроскопии и проведение серологического обследования: трепонемных тестов (РПГА, РИФ, ИФА) и обследование половых партнеров Все пациенты с локализацией высыпаний в области половых органов подлежат полноценному лабораторному обследованию для исключения всех инфекций передаваемых половым путем.
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	-	Показано окончательно обосновать диагноз и назначить специфическую терапию, в соответствии с инструкциями по лечению сифилиса
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный не полностью
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Ожидаемые побочные эффекты и осложнения противосифилитической терапии
Э	-	Реакция обострения (Яриша — Герксгеймера) Реакция обострения наблюдается у 30% больных ранним сифилисом. У большинства пациентов клинические проявления

		реакции обострения начинаются через 2-4 часа после первого введения антибактериального препарата, достигают максимальной выраженности через 5-7 часов, в течение 12-24 часов состояние нормализуется. Основными клиническими симптомами являются озноб и резкое повышение температуры тела (до 39°C, иногда выше). - Аллергические реакции – токсикодермия, крапивница, отек Квинке, головная боль, лихорадка, боли в суставах, эозинофилия и др. – при введении пенициллина возникают у от 5 до 10% больных. - Анафилактический шок характеризуется страхом наступающей смерти, чувством жара во всем теле, потерей сознания, бледностью кожи, холодным липким потом, заостренными чертами лица, частым поверхностным дыханием, нитевидным пульсом, низким артериальным давлением.
P2	-	Ожидаемые побочные эффекты указаны верно.
P1	-	Ожидаемые побочные эффекты указаны верно не все
P0	-	Ожидаемые побочные эффекты указаны неверно

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	019
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	На прием обратился больной, 32 лет, с жалобами на сыпь и чувство жжения на коже полового члена. Болен год. За это время аналогичные высыпания появлялись 7 раз, и возникновению предшествовало переохлаждение. Сыпь, просуществовав 7-10 дней, исчезала. Дерматологический статус: при осмотре на коже полового члена имеется очаг размером с однокопеечную монету, кожа в нем отечна и гиперемирована, имеются мелкие пузырьки и полициклические эрозии, инфильтрата в основании эрозий нет, паховые лимфоузлы незначительно увеличены, слегка болезненны, тестоватой консистенции. Результаты лабораторного обследования: общий анализ крови и мочи без патологии
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Герпетическая инфекция половых органов, тяжелого течения
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 устанавливается на основании клинического обследования: высыпания и жжение в типичной области после переохлаждения, которые существуют в течение 7-10 дней и затем бесследно исчезают, даже без лечения. Полиморфная сыпь: эритема, мелкие пузырьки и полициклические эрозии, отсутствие инфильтрата в основании и значительно увеличенных

		лимфатических узлов. Лимфоузлы тестовой консистенции, слегка болезненны. Частота рецидивов говорит об активности процесса, более 6 раз в год количество рецидивов
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью:
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Диагноз устанавливается на основании клинических проявления. При частоте рецидивов более 6 раз в год показано обследование для исключения ВИЧ-инфекции, при отрицательном результате-скрининг терапевтический, для выявления других причин снижения резистентности пациента. Возможна консультация иммунолога Все пациенты с локализацией высыпаний в области половых органов подлежат полноценному лабораторному обследованию для исключения всех инфекций передаваемых половым путем.
P2	-	Верный ответ - отсутствие необходимости дополнительного обследования в данном клиническом случае
P1	-	Ответ верен не полностью
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно, указаны абсолютно несоответствующие диагнозу методики обследования
B	4	Укажите какие препараты Вы можете использовать для лечения данного пациента
Э	-	Супрессивная терапия: валацикловир фамцикловир ацикловир Длительность супрессивной терапии определяется индивидуально.
P2	-	Выбраны правильные препараты
P1	-	Препараты выбраны неверно
P0	-	Выбраны неправильно препараты
B	5	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику данного процесса у пациента
Э	-	Дифференциальная диагностика проводится с заболеваниями, сопровождающимися эрозивно-язвенными высыпаниями на половых органах: сифилисом, мягким шанкром, баланопоститом, фиксированной эритемой, онкологическими заболеваниями, контактным дерматитом
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ верный не полностью
P0	-	Ответ неверный

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	020
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ

		НА ВОПРОСЫ
У	-	К врачу на прием обратился пациент 32 лет с жалобами на болезненные выделения из уретры, зуд, жжение в области головки полового члена, болезненные мочеиспускания (последние 2 дня). Не женат, имеет беспорядочные половые связи, последний половой контакт 10 дней назад с малознакомой женщиной. Объективные симптомы: гиперемия наружных отверстий губок уретры и слизистой головки полового члена, обильные слизисто - гнойные выделения из мочеиспускательного канала, воспалительные изменения в области губок уретры.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта. Гонококковый уретрит, осложненный баланопоститом
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	На основании данных клинического обследования нельзя исключить гонококковую инфекцию: условия для возникновения заболевания (беспорядочные половые связи), типичные клинические проявления (сроки инкубационного периода, характер жалоб и выделений (дизурические расстройства, слизисто-гнойного характера), типичная локализация процесса.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны все диагностические критерии.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Необходимо для подтверждения диагноза гонококковой инфекции: микроскопическое исследования препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму. Метод обладает высокой чувствительностью (90-100%) и специфичностью (90-100%) при исследовании уретрального отделяемого у мужчин с манифестными проявлениями гонококковой инфекции. Обследование всех половых партнеров Обследование для исключения всех возможных инфекций передаваемых половым путем 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
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	-	Антибактериальное лечение больному гонококковой инфекцией назначается после установления диагноза, в ряде случаев – по эпидемиологическим показаниям до получения результатов лабораторных исследований с дальнейшим подтверждением диагноза одним из методов. В период лечения и диспансерного наблюдения необходимо воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления излеченности.

P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный не полностью
P0	-	Ответ неверный.
B	5	Какие препараты оптимально назначить в данной ситуации для лечения пациента
Э	-	• цефтриаксон • цефиксим • спектиномицин Цефтриакон является препаратом выбора
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ верный не полностью
P0	-	Ответ неверный.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	021
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 58 лет, работает электромонтером, большую часть рабочего времени проводит на открытом воздухе. Обратился к дерматологу с жалобой на появление двух образований на лице, которые очень медленно растут, не сопровождаются субъективными ощущениями, при легкой травматизации кровят. Впервые заметил образования около трех лет назад. При осмотре мужчина выглядит намного старше паспортного возраста, все лицо покрыто морщинами, элементами солнечного лентиги и актинического кератоза. По краю нижнего века слева узел 0,5 см в диаметре темно-коричневого цвета, с гладкой поверхностью и «жемчужинами» по периферии. В носогубной складке справа узел 0,7 см в диаметре, розового цвета с просвечивающими телеангиоэктазиями.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Базальноклеточный рак кожи пигментная и узловая форма.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана форма базальноклеточного рака кожи
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз базальноклеточного рака кожи установлен на основании анамнеза работа на открытом воздухе под УФ-лучами, длительное наличие новообразований с медленным ростом, клинических признаков фотостарения и фотоканцерогенеза: солнечный эластоз, солнечное лентиги и актинический кератоз; клинических проявлений солитарные узлы с гладкой поверхностью от розового до темно-коричневого цвета в зависимости от формы, со специфическим признаком в одном из элементов «жемчужный» край. При легкой травматизации элементы легко кровоточат, может формироваться корочка, которая самостоятельно отпадает и вновь появляется.
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 признаки различных форм бкрк
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Диагноз базальноклеточного рака кожи в рамках дерматологической компетенции должен быть подтвержден дерматоскопически. Данный метод исследования позволяет, во первых обнаружить дерматоскопические признаки бкрк и во вторых провести дифференциальный диагноз пигментной формы бкрк и меланомы. К дерматоскопическим признакам бкрк относят: отсутствие признаков меланоцитарного образования, наличие древовидных сосудов, овоидных гнезд серо-голубого цвета, структур по типу кленового листа и спиц колеса, микроэрозии. После проведения дерматоскопического обследования пациенту необходимо провести биопсию очагов или направить на выполнение биопсии и патогистологического исследования в специализированное учреждение. При наличии возможности проведения цитологического исследования в учреждении необходимо провести и цитологическое обследование.
P2	-	Верный ответ – проведение дерматоскопического и патогистологического исследования.
P1	-	Отсутствие необходимости проводить один из необходимых методов обследования дерматоскопию либо патогистологию – ответ правильный, но не полный.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно, указаны абсолютно неподходящие диагнозу методики обследования
B	4	Лечение должно проводиться в специализированном учреждении, в зависимости от результатов патогистологического заключения и стадирования процесса. В настоящее время допустимыми считаются методы разрушения опухоли жидким азотом, электрокоагуляция, хирургическое иссечение. В случаях нерезектабельных или множественных опухолей возможно назначение висмодегеба.
Э	-	Выбор терапии зависит от формы опухоли, ее патогистологического строения, наличия предшествующей терапии, локализации и наличия перинеуральной инфильтрации. В каждом случае врач онколог принимает решение на основании анализа всех данных.
P2	-	Выбрана правильная тактика в отношении данной пациентки
P1	-	Указаны не все возможные методы лечения
P0	-	Тактика выбрана абсолютно неверная
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	022
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Пациентка 48 лет, беспокоят узлы на передней и боковых поверхностях голени. Первые элементы появились 2,5 года назад на фоне обострения ревматоидного артрита. На фоне лечения основного заболевания отдельные узлы регрессировали, но в то же время появились новые. Обострения преимущественно зимой и осенью. Объективно: на обеих голени, преимущественно на передней и боковых поверхностях несколько синюшно-розовых, плотных узлов, величиной с грецкий орех. Голени отечные.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Эритема узловатая хроническая
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана форма узловатой эритемы
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз хронической узловатой эритемы установлен на основании характерного пола и возраста пациентки, а также указания в анамнезе на хронический рецидивирующий процесс с сезонными обострениями осенью и весной и связью с обострением ревматоидного полиартрита. Клинически выявляется типичный для хронической узловатой эритемы узлы на передне-боковой поверхности голени.
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 признаки хронической узловой эритемы
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Диагноз хронической узловой эритемы должен быть подтвержден данными лабораторного исследования крови и мочи. Должны быть проанализированы следующие показатели: эритроциты, гемоглобин, тромбоциты, лейкоциты, протеинограмма, С-реактивный белок, иммуноглобулины и уровень белка в моче. Наряду с общеклиническими анализами должно быть проведено гинекологическое обследование с целью исключения объемного процесса в малом тазу, рентгенография легких, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС и колоноскопия как скрининговые методы исключения паранеопластического процесса.
P2	-	Верный ответ – приведены все необходимые методы лабораторного и инструментального обследования.
P1	-	Указаны только лабораторные методы исследования, без рассмотрения необходимости консультации смежных специалистов и инструментальных методов обследования – ответ правильный, но не полный.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно, указаны абсолютно неподходящие диагнозу методики обследования
В	4	Лечение вторичной хронической узловой эритемы должно быть направлено на ликвидацию основного заболевания. Большое значение имеет постельный режим, т.к. у таких больных обычно резко выражен ортостатизм. Для

		уменьшения воспалительных и болевых явлений используют нестероидные противовоспалительные препараты (диклофенак 100–150 мг/сут., индометацин 100–150 мг/сут., напроксен 500 мг/сут., ибупрофен 1200 мг/сут.), сосудистые препараты (пентоксифиллин). Для местного лечения применяют противовоспалительные, рассасывающие инфильтрат и восстанавливающие микроциркуляцию средства. Назначают компрессы с 5% линиментом дибунола, 5–10% раствором ихтиола. Эффективным и безопасным методом локальной терапии узловой эриитемы являются аппликации с 33% раствором димексида (ДМСО). На пораженную поверхность накладывают двухслойную марлю, слегка смоченную раствором ДМСО, сверху покрывают полиэтиленовой пленкой и укутывают теплым одеялом. Аппликации следует проводить ежедневно 1–2 р/сут., на курс 15–30 процедур. Длительность каждой процедуры составляет 30–40 мин. Для усиления терапевтического эффекта и предотвращения возможного дерматита очаги поражения перед аппликацией ДМСО целесообразно смазывать противовоспалительными мазями (элоком, локоид, мази, содержащие НПВП). В этих случаях у отдельных пациентов компресс можно оставлять на всю ночь. Для местного лечения узловой эритемы также рекомендуются физиотерапевтические процедуры: фонофорез с лидазой, гепарином, гидрокортизоном, индуктотермия, ультразвуковая терапия, магнитотерапия, УВЧ-терапия и воздействие лучами лазера непосредственно на очаги поражения. При высокой воспалительной активности или недостаточной эффективности вышеуказанного лечения показано назначение преднизолона per os 30–40 мг в сутки в течение 8–10 дней с последующим постепенным медленным снижением дозы до полной отмены. При хронической узловой эритеме целесообразно назначение плаквенила в дозе 0,4 г/сут. в течение 2–3 месяцев
Э	-	
P2	-	Выбрана правильная тактика в отношении данной пациентки
P1	-	Указаны не все возможные методы лечения
P0	-	Тактика выбрана абсолютно неверная
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	023
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	-	Пациентка 28 лет обратилась с жалобами на изменение формы и величины «родинки». Изменения заметила 2 года назад во время беременности, последние 6 месяцев отмечает быстрый рост и появление субъективных ощущений. При осмотре: женщина голубоглазая, светлая шатенка, большое количество веснушек. В области спины и плечей пигментные пятна на местах бывших солнечных ожогов. В эпигастральной области пигментное пятно коричневого цвета с участками розового цвета, ассиметричное, с неровными границами, диаметр элемента составляет 1,2 см.

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Меланома поверхностно распространяющаяся
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 меланома можно предположить на основании имеющихся факторов риска, таких как II фототип кожи по Фитцпатрику, наличие в анамнезе солнечных ожогов и признаков фотоповреждения кожи, в частности солнечного лентиго, прогрессирование элемента во время беременности; клинических признаков меланомы согласно системе ABCD: асимметрия, неровные границы, наличие больше одного цвета, диаметр больше 6 мм.
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.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Для диагностики пигментных новообразований требуется проведение дерматоскопического и патогистологического обследования. Дерматоскопически выявляются 7 признаков позволяющих заподозрить диагноз: наличие серо-голубой вуали, атипичные точки и глобулы, атипичная пигментная сеть, асимметричные псевдоподии, периферические бесструктурные зоны, зоны регресса. Наличие хотя бы одного из указанных признаков при асимметрии и полихромии элемента указывает на злокачественный характер новообразования. Также можно воспользоваться алгоритмами для анализа дерматоскопического изображения, подозрительного на меланому. При положительных результатах дерматоскопического обследования пациента необходимо направить к онкологам для проведения патогистологического обследования и решении вопроса о дальнейшей тактики его ведения.
P2	-	Верный ответ – проведение дерматоскопического обследования и направление на патогистологическое исследование в условиях специализированного учреждения.
P1	-	Отсутствие одного из методов обследования дерматоскопии или патогистологии - верный ответ, однако не полный.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно, указаны абсолютно неподходящие диагнозу методики обследования
В	4	Лечение данной пациентки будет определяться онкологом в зависимости от результатов патогистологического обследования и дополнительных методов обследования направленных на выявление метастазов. В задачи дерматолога входит выявление подозрительного образования и обоснование своей точки зрения. Дерматологом также определяются начальные этапы маршрутизации данного больного.
Э	-	Выбор терапии зависит от формы опухоли, ее патогистологического строения, наличия предшествующей терапии, локализации и наличия перинеуральной инфильтрации. В каждом случае врач онколог принимает

		решение на основании анализа всех данных.
P2	-	Выбрана правильная тактика в отношении данной пациентки
P1	-	Биопсия выполнена вне специализированного учреждения, что недопустимо при подозрении на меланому
P0	-	Тактика выбрана абсолютно неверная
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	024
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	На прием к венерологу обратился больной 22 лет с жалобами на обильные гнойные выделения из уретры, желтого цвета, частые позывы на мочеиспускание, жжение в уретре. При осмотре: наружные половые органы развиты правильно. Губки уретры гиперемированы, отечны, выделения из уретры обильные, желтого цвета. Органы мошонки без патологии. Паховые лимфоузлы не увеличены. Двухстаканная проба: 1 – мутная, 2 – с нитями. При исследовании мазка из уретры: Эпителиальные клетки- 12-14 в поле зрения Лейкоциты- 15-17 в п\зр. Кокки- 4-5 в п\зр. Слизь- умеренное количество Гонококки- найдены Трихомонады- не найдены.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Свежий острый тотальный гонорейный уретрит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана форма активности процесса
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Необходимые дополнительные исследования.
Э	-	Кровь на КСР, ВИЧ. Мазки на хламидии, трихомонады, ключевые клетки
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.
В	3	Лечение.
Э	-	. Антибиотики в курсовой дозе, предусмотренной инструкцией.
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
B	4	
Э	-	
P2	-	Выбрана правильная тактика в отношении данной пациентки
P1	-	Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Тактика выбрана абсолютно неверная
B	5	
Э	-	
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
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	025
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	От ЛОР-врача к Вам направлена женщина 22-х лет. Анамнез ее заболевания следующий: впервые обратила внимание на неприятные ощущения в горле при глотании и на увеличение справа миндалины 2 месяца назад, самостоятельно полоскала горло раствором соды. Через неделю увеличились подчелюстные лимфоузлы. Затем она обратилась к врачу по месту работы, который поставил диагноз обострение хронического тонзиллита и назначил УВЧ, полоскания фурацилином и инъекции пенициллина. Через 6 часов после первой инъекции у больной появился озноб, повысилась температура до 39°C, на коже туловища появилась обильная пятнистая сыпь. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. В зеве значительно увеличенная миндалина справа, синюшно-красного цвета. Гнойного налета нет. Подчелюстные лимфоузлы увеличены справа до размера фасоли, плотноэластической консистенции, безболезненные. На коже груди, живота обильная, розового цвета, диаметром 4-5 мм пятнистая сыпь. Шелушения нет. 1. Есть ли необходимость уточнить анамнез заболевания? 2. При каких заболеваниях может быть данная клин. картина? 3. Какое из исследований необходимо провести больной в первую очередь? 4. Когда вероятнее всего произошло заражение? 5. Заключительный развернутый диагноз при получении положительной РВ.
B	1	1. Есть ли необходимость уточнить анамнез заболевания?
Э	-	Необходимо выяснить семейное положение больной и половые контакты.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана форма активности процесса

P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	2. При каких заболеваниях может быть данная клин. картина?
Э	-	Вторичный свежий сифилис, токсидермия, коревая краснуха, розовый лишай.
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	Какое из исследований необходимо провести больной в первую очередь?
Э	-	Исследование крови на КСР.
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
B	4	Когда вероятнее всего произошло заражение?
Э	-	11-13 недель назад
P2	-	Выбрана правильная тактика в отношении данной пациентки
P1	-	Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Тактика выбрана абсолютно неверная
B	5	Заключительный развернутый диагноз при получении положительной РВ.
Э	-	Вторичный свежий сифилис. Шанкр-амигдалит. Регионарный подчелюстной склераденит. Свежая розеола.
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
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	026
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной М., 1973 г.р., в мае 2016 г. обратился к дерматологу с жалобами на появление обширных красновато-бурых пятен на коже верхних и нижних

		конечностей, выраженный зуд. Из анамнеза: в январе 2016 г. на фоне полного здоровья на коже верхних и нижних конечностей появились единичные бурые пятна неправильной формы до 1 см в диаметре, сопровождающиеся сильным зудом. До момента обращения никакого лечения не получал. Общий анализ крови (16.05.16): Hb – 163 г/л, RBC – 4,65×10¹²/л, WBS – 16,8 × 10⁹ /л, PLT – 187 × 10⁹ /л, СОЭ – 2 мм/ч. Лейкоцитарная формула без клинически значимых изменений. Выставлен диагноз: распространенный токсикоаллергический дерматит. Проведено амбулаторное лечение: натрия тиосульфат, натрия хлорид, дексаметазон, диазолин. Местно – мазь преднизолоновая. Высыпания регрессировали полностью, образовалась вторичная гиперпигментация. В конце июня 2016 г. состояние ухудшилось, явления дерматита прогрессировали, стали отмечаться подъемы температуры тела до 39°C. 15.07.16 больной поступил в кожно-венерологическое отделение. При осмотре – на коже туловища, конечностей обширные пятнисто-папулезные розовато-красные элементы, сопровождающиеся выраженным зудом, местами явления десквамации. Увеличенные, слегка болезненные левый подмышечный и правый паховый лимфатические узлы. Общий анализ крови (17.07.16): Hb – 157 г/л, RBC – 4,45 × 10¹²/л, WBS – 12,9 × 10⁹ /л, PLT – 137 × 10⁹ /л. Лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы – 2 %, сегментоядерные нейтрофилы – 24 %, эозинофилы – 1 %, лимфоциты – 14 %, моноциты – 5 %, бласты – 54 %, СОЭ – 2 мм/ч. 17.08.16 обратился к участковому терапевту с жалобами на интенсивный зуд, высыпания на коже, повышение температуры тела до 38°C. Объективно: кожа гиперемирована, сухая, местами изъязвлена, интенсивно шелушится. Увеличенный, слегка болезненный правый паховый лимфатический узел. На момент осмотра температура тела 37,9°C. В клиническом анализе крови от 08.08.06 впервые отмечен лейкоцитоз до 12,9 × 10⁹ /л. В лейкоцитарной формуле – лимфоцитоз до 67 %, среди лимфоцитов до 52 % составляют клетки с неправильной формой ядра, сходные по морфологии с клетками Сезари. СОЭ – 6 мм/ч, ретикулоциты – 6 %. Было проведено гистологическое исследование. Заключение: эпидермис неравномерно утолщен. Слабый кератоз. Много лимфоцитов малого и среднего калибра, плазматических клеток. Среди лимфоцитов обнаруживаются крупные клетки с гиперхромным ядром. Отмечается экзоцитоз лимфоцитов в эпидермис с тенденцией к формированию микроабсцессов Потрие.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Злокачественная лимфома кожи (грибовидный микоз, эритематозная форма).
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	-	Клиническими симптомами, характерными для ранних стадий ГМ, являются: – вариабельность формы, размеров и цвета высыпаний; – феномен одновременного прогрессирования и регрессирования отдельных высыпаний; – пойкилодермия (пятнистая пигментация, телеангиоэктазии, атрофия кожи); – множественные высыпания, несколько зон вовлечения; – характерная локализация высыпаний на участках кожи, не подвергающихся солнечному облучению; – зуд, сопровождающий высыпания. Гистологическое заключение: наличие в инфильтрате плеоморфных

		(«церебриформных») лимфоидных клеток малых и средних размеров; – наличие лимфоидных клеток, располагающихся цепочкой в базальном ряду эпидермиса (3 и более); – наличие интраэпидермальных лимфоцитов, окруженных светлым перинуклеарным ободком (haloed lymphocytes); – повышенное количество интраэпидермальных лимфоцитов при отсутствии спонгиоза («диспропорциональный эпидермотропизм»); – размер эпидермальных лимфоцитов больше, чем дермальных; – внутриэпидермальные скопления лимфоцитов (микроабсцессы Потрие); – фиброз и/или отек сосочковой части дермы. При морфологическом исследовании для пятнистой (эритематозной) стадии характерны эпидермотропные поверхностные мелкоочаговые периваскулярные инфильтраты.
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.
V	3	Дифференциальный диагноз.
Э	-	ГМ необходимо дифференцировать с атопическим дерматитом, контактным дерматитом, токсикодермией, розовым лишаем, псориазом, вторичным сифилисом.
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
V	4	План обследования.
Э	-	План обследования пациентов с II, III и IV стадиями включает: – при наличии пятен/бляшек – определение площади поражения кожного покрова, при наличии узлов – определение их общего количества, размеров наибольшего узла и вовлеченных областей кожи; – идентификация пальпируемых лимфатических узлов и органомегалии при физикальном осмотре; – биопсия кожи (гистологическое исследование, иммуногистохимическое исследование, включающее следующие маркеры: CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD20, CD30, определение реарранжировки гена ТКР); – клинический и биохимический анализ крови (ЛДГ, мочевая кислота (маркеры агрессивного течения заболевания), печеночные ферменты); – определение маркеров вируса гепатита В (HbsAg, anti-HbcAg, anti-HbsAg), гепатита С, ВИЧ и HTLV-1; – УЗИ периферических лимфатических узлов;

		– компьютерная томография органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза; – при выявлении специфического поражения лимфатических узлов пациент передается для дальнейшего ведения и лечения гематоонкологам. Дополнительно может использоваться магнитно-резонансная и позитронно-эмиссионная томография.
P2	-	Выбрана правильная тактика в отношении данной пациентки
P1	-	Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Тактика выбрана абсолютно неверная
B	5	Лечение.
Э	-	1. <i>Топические глюкокортикостероидные препараты</i> (бетаметазона дипропионат 0,05% или мометазона фуорат 0,1%) наносятся на поверхность высыпаний 2 раза в день до полного разрешения. 2. <i>Узковоловое ультрафиолетовое облучение спектра В 311 нм ПУВА-терапия</i>. 3. <i>Локальная лучевая терапия.</i> Используется у пациентов с небольшим количеством высыпаний (10-20 Gy на курс) 4. <i>Тотальное облучение кожи (ТОК)</i>. Проводится пациентам с распространенными высыпаниями и может назначаться как терапия первой или второй линии в дозе 20-30 Gy с T2 и T3 стадиями с отсутствием эффекта от топической терапии. При отсутствии или недостаточном эффекте НТ для терапии второй линии при ранних стадиях ГМ могут использоваться: 1. <i>Ретиноиды</i> (изотретиноин, этретинат) 0,5–1 мг на кг массы тела в течение 2–3 месяцев. 2. <i>Интерферон-α (IFN-α)</i> также может использоваться как препарат первой линии для ПВ, III и СС и эффективен в умеренно высоких дозах. Можно комбинировать с ПУВА, ретиноидами и химиотерапией. 3. <i>Метотрексат</i> 25-75 мг в неделю.
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
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	027
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 25 лет обратилась с жалобами на поражение кожи туловища и конечностей, сопровождающиеся незначительным зудом. Отмечает появление новых элементов за последние несколько дней. Ранее был эпизод заболевания- примерно 6 месяцев назад. Наследственный анамнез: Нет указаний на наследуемый характер заболевания

		Продолжительность заболевания: несколько недель Дебют в возрасте: В возрасте 20-60 лет Эпидемиологический анамнез: Спокоен. Характер течения заболевания: Подострый Эпизоды заболевания (обострения): Это второй эпизод заболевания Предшествовавшее лечение и его эффективность: Рецептов на руках у больной нет и названия используемых препаратов не помнит. Сама связывает появление высыпаний с перенесенным стрессом и простудой. Дерматологический статус: на коже туловища, внутренней поверхности конечностей- плотные папулы красно-коричневого цвета, диаметром от 3 до 10 мм в центре которых располагается серо-коричневая чешуйка, отслаивающаяся по краям и легко снимающаяся (феномен облатки); при поскабливании поверхности папулы появляется феномен «скрытого шелушения». Кожа лица, волосистой части головы, ладоней и подошв свободна от высыпаний. Некоторые папулы слегка уплощенные. Симптомы псориатической триады и Кебнера отрицательные.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Каплевидный параспориоз Юлиусберга.(или хронический лихеноидный питеириаз)
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	-	Первичным морфологическим элементом сыпи при каплевидном параспориозе Юлиусберга является плоская округлая папула, размерами 4-10 мм, имеющая вначале розовый или красный цвет, затем желтовато-коричневый; инфильтрат в основании папулы незначительный, высыпания не сливаются и не группируются. При поскабливании поверхности папул могут определяться симптомы скрытого шелушения и точечного кровоизлияния. Через 1-2 недели на поверхности папул появляется похожая на слюду чешуйка (симптом коллоидной пленки), которая со временем отторгается по периферии, оставаясь прикрепленной к коже только в центре (симптом «облатки»). Высыпания локализуются в области груди, живота, спины, проксимальных отделов конечностей, очень характерно поражение внутренней поверхности плеч. Элементы не наблюдаются в области лица, волосистой части головы, ладоней и подошв.
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.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Э	-	Диагноз каплевидного параспориоза Юлиусберга или - хронического лихеноидного пситириазу устанавливается на основании клинических данных и результатов гистологического исследования. Для ХЛП характерны следующие патоморфологические изменения: гиперкератоз с очаговым паракератозом, акантоз, возможен спонгиоз, отек сосочковой дермы, наличие поверхностных периваскулярных и диффузных, преимущественно лимфоцитарных, инфильтратов с примесью единичных нейтрофилов и гистиоцитов; возможно проникновение отдельных лимфоцитов в эпидермис (экзоцитоз).
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	Дифференциальный диагноз.
Э	-	Дифференциальную диагностику ХЛП необходимо проводить с каплевидным псориазом, отрубевидным лишаем, токсикодермией, актиническим порокератозом, папулезными сифилидами, красным плоским лишаем;
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	Лечение.
Э	-	1. <i>Эмоленты</i> назначаются с целью восстановления водно-липидного баланса кожи, удержания влаги, обогащения кожи липидами и, как следствие, уменьшения субъективных ощущений. 2. <i>Глюкокортикостероидные препараты</i> Рекомендуется использовать топические глюкокортикостероидные препараты умеренной и высокой степени активности повторными курсами через 2-3 месяца: – алклометазона дипропионат, крем 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 1-2 недель; или – бетаметазон, крем, мазь 2 раза в сутки наружно на очаги поражения в течение 1-2 недель; <u>Системная терапия</u> Хронический лихеноидный пситириаз В случаях торпидного течения назначают <i>ретиноиды</i>: – ацитретин 25-50 мг в сутки перорально в течение 6-8 недель. •
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

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	028
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 44 лет обратился с жалобами на высыпания на коже правой руки, не сопровождающиеся субъективными ощущениями. Считает себя больным в течение двух месяцев. Известно, что за 3 недели до появления высыпаний находился в служебной командировке в Южной Америке, профессия – флорист. Два месяца назад появился первый элемент на тыльной поверхности правой кисти, субъективными ощущениями не сопровождался. В последние 2 недели отмечает распространение высыпаний на правое предплечье. Дерматологический статус: на коже тыльной поверхности правой кисти и на коже разгибательной поверхности предплечья мономорфная сыпь. На коже тыльной поверхности кисти элемент представлен язвой на плотном основании с неровными подрытыми краями, отделяемое язвы серозного характера. На расстоянии 5 см от язвы на предплечье расположены 2 узла диаметром до 4 см, темно-красного цвета с синюшным оттенком, спаянные с окружающими тканями. Между элементами пальпируется тяж лимфангита.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Кожно-лимфатический споротрихоз
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана клиническая форма.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз споротрихоз, кожно-лимфатическая форма установлен клинически, на основании: типичного анамнеза: появление первых признаков заболевания через 3 недели после пребывания в стране с теплым климатом, указание на профессиональный фактор риска (контакт с растениями); типичных жалоб на последовательное возникновение элементов, не сопровождающихся субъективными ощущениями и общей симптоматикой; типичной морфологии и эволюции элементов, типичной локализации на кисти и предплечье правой (рабочей) руки. Кожно-лимфатическая форма подтверждается появлением новых элементов по ходу лимфатического сосуда, наличием лимфангита.
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 клинической формы.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента для подтверждения диагноза.

Э	-	Основой лабораторной диагностики является выделение культуры <i>S. schenckii</i> и обнаружение в биоптате характерных «астероидных телец». Рост колоний гриба начинается через несколько суток. Разработана кожная проба, но ее применение ограничено ложноположительными реакциями ввиду сенсибилизации здоровых лиц или перекрестных реакций с родственными грибами.
P2	-	Верный ответ.
P1	-	Верный, но неполный ответ.
P0	-	План лабораторного обследования составлен полностью неверно, указаны абсолютно неподходящие диагнозу методики обследования.
В	4	Назначьте лечение данного пациента. Опишите схему терапии первой линии и альтернативные схемы.
Э	-	В лечении кожно-лимфатической формы споротрихоза средством выбора является итраконазол. Препарат назначают по 100-200 мг/сут в течение 3-6 мес., или в течение не менее 2-3 мес. после разрешения клинических проявлений. Альтернативные схемы лечения: флуконазол по 400 мг в сутки в течение 6 месяцев. Либо йодид калия, начиная от 1 мл в сутки на три приема до 4-6 мл в сутки, в зависимости от переносимости, до разрешения клинических проявлений, затем еще несколько месяцев.
P2	-	Верный ответ.
P1	-	Верный ответ, но описаны не все рекомендуемые схемы лечения.
P0	-	Тактика выбрана абсолютно неверная
В	5	Проведение каких лабораторных исследований необходимо до назначения системной медикаментозной терапии?
Э	-	• клинического анализа крови; • биохимического анализа крови (АЛТ, АСТ, общий билирубин, триглицериды, холестерин, общий белок); • клинического анализа мочи
P2	-	План обследования выбран правильно при назначении системной терапии
P1	-	Тактика обследования выбрана верно, но указаны не все лабораторные исследования
P0	-	Тактика подготовки пациента к лечению выбрана полностью неверно
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	029
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка К., 7 лет, жалобы на першение в горле, кашель; температура тела 38 С. Участковым педиатром поставлен диагноз острый бронхит, назначены антибиотики пенициллинового ряда и муколитическое средство. На фоне терапии самочувствие улучшилось. На 7 день лечения вновь повышение температуры тела до 39 С, слабость, боль в горле, в мышцах и суставах,

		высыпания на коже, сопровождающиеся зудом и жжением. При осмотре на коже разгибательных поверхностей предплечий багровая эритема с синюшным оттенком, пузыри диаметром до 6 см, с серозным содержимым; на красной кайме губ эрозии с геморрагическими корочками на поверхности, на слизистой щек и десен множественные эрозии с серым налетом, окаймленные обрывками эпителия. ЧД 20 в минуту.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Синдром Стивенса-Джонсона.
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 Стивенса-Джонсона установлен клинически, поставлен на основании: типичного анамнеза: предшествование клиническим проявлением продромального периода с явлениями общей интоксикации (повышение температуры тела, слабость, боль в мышцах и суставах); появление признаков заболевания через неделю после начала приема антибиотиков пенициллинового ряда; типичных жалоб: боль в горле, высыпания на коже, сопровождающиеся зудом и жжением; типичной морфологии и локализации патологического процесса: на коже разгибательных поверхностей предплечий багровая эритема с синюшным оттенком, пузыри диаметром до 6 см, с серозным содержимым; на красной кайме губ эрозии с геморрагическими корочками на поверхности, на слизистой щек и десен множественные эрозии с серым налетом, окаймленные обрывками эпителия. Поражение до 10% кожного покрова.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: указаны не все подтверждающие критерии заболевания (данные анамнеза, жалоб, клинической картины заболевания).
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Диагноз синдрома Стивенса-Джонсона основывается на результатах анамнеза заболевания и характерной клинической картины. При проведении клинического анализа крови выявляются анемия, лимфопения; нейтропения является прогностически неблагоприятным признаком. При необходимости проводят гистологическое исследование биоптата кожи.
P2	-	Верный ответ.
P1	-	Верный, но неполный ответ.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно, указаны абсолютно неподходящие диагнозу методики обследования.
В	4	Назовите цели лечения
Э	-	Улучшение общего состояния пациента. Регресс высыпаний. Предупреждение развития системных осложнений и рецидивов заболевания.
P2	-	Цели лечения названы верно.

P1	-	Цели лечения названы верно, но не полностью.
P0	-	Цели лечения названы абсолютно не верно.
B	5	Назовите общие принципы лечения данной пациентки на догоспитальном этапе.
Э	-	• При выявлении эпидермолитической лекарственной реакции врач, независимо от его специализации, обязан оказать больному неотложную медицинскую помощь и обеспечить его транспортировку в ожоговый центр/реанимационное отделение. • Требуется немедленная отмена препарата, вызвавшего реакцию. В сомнительных случаях следует отменить прием всех препаратов, не являющихся жизненно необходимыми, и в особенности тех, прием которых был начат в течение последних 8 недель. • Восполнение потери жидкости, как у ожоговых больных (даже при стабильном состоянии пациента на момент осмотра). Проводится катетеризация периферической вены и начинается переливание жидкостей. • Глюкокортикостероидные препараты системного действия: ○ преднизолон (2-4-6-мг/кг/сут в/в в 2-4 приема)/дексаметазон.
P2	-	План оказания помощи на догоспитальном этапе назван правильно.
P1	-	План оказания помощи на догоспитальном этапе назван правильно, но не полностью.
P0	-	План оказания помощи на догоспитальном этапе назван полностью неправильно.
Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	030
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 57 лет обратилась с жалобами на эпизодические приступы зуда кожи в области нижнего угла правой лопатки на протяжении 6 лет. Какие-либо причины кожного зуда пациентка назвать затрудняется. Периодически вместе с зудом возникает ощущение покалывания. Она также предъявляет жалобы на повышенную чувствительность в этом участке, которую она ощущает при надевании одежды. Ранее наблюдалась у дерматолога, было назначено лечение, хлоропирамина гидрохлорид внутрь 10 дней и местно метилпреднизолона ацепонат 14 дней, лечение без эффекта. При осмотре: очаг гиперпигментации с нечеткими границами медиально к правой лопатке на уровне дерматомов Т2-Т6, на поверхности единичные эскориации. Определяется выраженная гиперестезия в очаге.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	L29.8 Другой зуд: парестетическая ноталгия (парестетический зуд)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью.

P0	-	Диагноз поставлен неверно.
V	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поставлен на основании анамнеза: длительно существующие эпизодические приступы локализованного зуда у женщины среднего возраста, отсутствие эффекта от проводимой терапии топическими глюкокортикостероидами и системными антигистаминными препаратами первого поколения; на основании жалоб: длительно существующий локализованный зуд в области нижнего угла лопатки, сочетающийся с парестезией; на основании клинической картины: наличие гиперпигментации, развившейся в ответ на длительное расчесывание, наличие эскориации, подтверждающих наличие зуда сильной интенсивности, на основании отсутствия другой неврологической симптоматики.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
V	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Диагноз ставится на основании жалоб, анамнеза и клинических проявлений. Предполагается, что зуд вызван раздражением задних нервных корешков в области T2-T6, что может быть связано с дистрофическими изменениями позвонков, поэтому целесообразно назначить рентгенографию грудного отдела позвоночного столба. Для проведения дифференциальной диагностики с ранним кожным амилоидозом необходимо патогистологическое исследование.
P2	-	Верный ответ.
P1	-	План дополнительного обследования составлен не полностью.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно, указаны абсолютно неподходящие диагнозу методики обследования.
V	4	Какая картина патогистологического исследования характерна для данного заболевания?
Э	-	При патогистологическом исследовании могут быть выявлены признаки поствоспалительной гиперпигментации, умеренный гиперкератоз, умеренный воспалительный инфильтрат сосочкового слоя дермы с наличием дермальных меланофагов
P2	-	Патогистологическая картина описана верно.
P1	-	Патогистологическая картина описана частично верно.
P0	-	Патогистологическая картина описана полностью не верно.
V	5	Назначьте лечение.
Э	-	Стандартное лечение кожного зуда, такое как антигистаминные препараты, топические глюкокортикостероиды не эффективны при парестетической ноталгии (ПН). Другие методы лечения, которые должны применяться при ПН, включают в себя топический капсаицин, инъекции ботулотоксина типа А, местная невральная блокада, габапентин, оксикабазепин и хирургическая декомпрессия нерва. Капсаицин 0.025% крем в очаг поражения 5р/день в течение 1 недели, затем 3р/день в течение 5 недель.
P2	-	План лечения выбран правильно.
P1	-	План лечения составлен частично верно.
P0	-	Лечение назначено полностью неверно.

3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1,2,3 ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1,2,3 ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	Твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.