

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА 3

Специальность 31.08.32 Дерматовенерология
код, наименование

Кафедра: кожных и венерических болезней

Форма обучения: очная

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Производственная (клиническая) практика 3» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Производственная (клиническая) практика 3». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной практике.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике Производственная (клиническая) практика 3 используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Кейс-задания	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для решения кейс-задания

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

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы практики	Оценочные средства
ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	Текущий	Микозы, инфекционные и паразитарные болезни кожи Неинфекционные воспалительные дерматозы: пузырьные дерматозы, васкулиты, лимфопролиферативные заболевания Неинфекционные воспалительные дерматозы: системные заболевания соединительной ткани, зудящие дерматозы Выпадение волос Дерматоонкология Пиодермии, дерматозоозы, аллергодерматозы Прием больных с дерматологической патологией Сифилис Шанкроид, венерическая лимфогранулема Гонорея ИППП СПИД - ассоциированные дерматозы Лабораторная диагностика гонореи и других ИППП	Кейс-задания

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	Промежуточный	Все разделы практики	Кейс-задание
---	---------------	----------------------	--------------

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем практики при проведении занятий в форме кейс заданий.

4.1. Кейс-задания для оценки компетенций: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

медикаментозного лечения

НА ВОПРОСЫ

внезапно возникшего плохого самочувствия, мышечных болей, болезненного мочеиспускания и появившихся высыпаний. Пациент с момента начала приема успокаивающих препаратов, назначенных доктором.

на коже дистальных участков тела появились розово-красных пятен с синюшным оттенком, папул, пузырьков, мишеневидных очагов на коже дистальных участков тела, на красной кайме губ часто толстые буро-коричневые геморрагические корки.

заболевания и характерной клинической картине (возраст – старше 40 лет, прием лекарственного препарата в течение 10 лет и урогенитального тракта)

анамнеза, жалоб, клинической картины заболевания)

верждения диагноза

заболевания и характерной клинической картине, возможна консультация уролога и проведение исследования крови. При проведении клинического анализа крови выявляется анемия, лимфопения, эозинофилия (редко); нейтропения выявляется.

60 – 90 мг в сутки внутримышечно или внутривенно

й, кальция глюконат 10% 10 мл 1 раз в сутки внутримышечно в течение 8–10 дней,

реза

альные препараты с учетом выделенного возбудителя, его чувствительности к антибактериальным препаратам и т

терапии используют растворы антисептических препаратов: раствор перекиси водорода 1%, раствор хлоргексидина

ко раз в день антисептическими (хлоргексидин, мирамистин) или противогрибковыми (клотримазол) растворами.

верное.

лении препаратов, вызвавших данное заболевание.

авших синдром Стивенса–Джонсона.

медикаментозного лечения

НА ВОПРОСЫ

яются высыпания на коже лица и верхних конечностях, беспокоит кожный зуд, особенно при повышенном потоотделении связаны с алиментарными факторами, длительность ремиссий 2-3 месяца, частота обострения 3-4 раза в году. Множественные высыпания, папулы, везикулы и мокнутие на щеках, лбу, на разгибательных поверхностях верхних конечностей, сгибательных поверхностях конечностей.

обострения

истории болезни и характерной клинической картины.
Критерии главных и не менее трёх дополнительных критериев.

хроническое рецидивирующее течение, наличие атопического заболевания у его отца, начало заболевания в раннем возрасте (в детстве);

обострения 3-4 раза в году
(папулы, мокнутие, множественные экскориации)

гистологического анализа.

Анализы: IgE к пищевым, бытовым антигенам, антигенам растительного, животного и химического происхождения.

на климатических зон, экологическое неблагополучие окружающей среды, нарушение диетического режима, наличие пассивного курения (табачный дым и др.).

распространенности, остроты кожного процесса, наличия или отсутствия осложнений назначаются средства базовой терапии: топические кортикостероиды, препараты для применения сильной или умеренной степени активности и/или топические блокаторы кальциневрина. Антигистаминные препараты.

кортикостероидных препаратов

медикаментозного лечения

НА ВОПРОСЫ

у заболевания, которым страдает с раннего детства. Аналогичный процесс, с ее слов у бабушки, по материнской линии. Длительность ремиссий 2-3 месяца, частота обострения 3-4 раза в году.

ный, с локализацией на коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей, с преимущественным поражением

папулезными элементами, лихенизацией. По всем кожным покровам видны множественные эскориации

ских данных и данных характерной клинической картины.

х главных и не менее трёх дополнительных критериев.

характерная для взрослого периода течения заболевания, хроническое рецидивирующее течение, наличие атопическо

ментация вокруг глаз, белый дермографизм

ссии 1–1,5 месяца

венные эскориации)

ней пыли, плесени, смена климатических зон, экологическое неблагополучие окружающей среды, нарушение ди

ысоким значением pH, табачный дым и др.).

аспространенности, остроты кожного процесса, наличия или отсутствия осложнений назначаются средства базово

применения сильной или умеренной степени активности и/или топические блокаторы кальциневрина.

екция состояния нервной системы

апии и методы их коррекции

хлорид кальция)
илактике – вит.Д, проведение денситометрии-диагностика остеопороза)
тол9а, антидиабетические препараты)

фаркт миокарда.
рапия

препаратов при atopическом дерматите

рата и лекарственную форму.

параты с другими препаратами наружной терапии.

е участки кожи от 1 до 3 раз в сутки, в зависимости от выбранного препарата и тяжести воспалительного процесса

лица, область гениталий и интертригинозные участки.

кать постепенно. Это возможно путем перехода к тГКС меньшей степени активности с сохранением ежедневного

эффективности проводимой терапии, поэтому не следует снижать дозу тГКС до исчезновения зуда у пациентов с atopическим

медикаментозного лечения

НА ВОПРОСЫ

чение 2 недель, преимущественно в ночное время суток. Отмечает, что месяц назад находился в командировке , пр

ализацией в области кожи кистей и нижней трети живота, представлен множественными фолликулярными папулам
множественные изогнутые линии грязно-серого цвета, длиной 5–7 мм.

демиологических данных:

чение нескольких членов одной семьи, типичная локализация процесса и морфология элементов

мнеза, жалоб, клинической картины заболевания)

демиологических данных, подтвержденных инструментальными и лабораторными исследованиями, направленными

зывают спиртовым раствором йода или анилиновыми красителями).

папул и везикул. Каплю 40% молочной кислоты наносят на чесоточный ход, папулу, везикулу или корочку. Через
ывают покровным стеклом и проводят микроскопическое исследование.
ного чесоткой.

бсолютно неподходящие диагнозу методики обследования

ращения реинвазии;

ения эффективности терапии, что связано с ночной активностью возбудителя;

систая часть головы;

особенно тщательно препараты втирают в кожу ладоней и подошв;

, то их необходимо повторно обработать скабицидом;

ения лечения; смена нательного и постельного белья – после курса терапии;

весь ночной период, утром его можно смыть;

ого и постельного белья, полотенец, одежды и обуви, провести влажную уборку в помещении, где находился боль

данного пациента

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	-	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 (полиаденит 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.
В	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 тепонемоцидная 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
H	-	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	-	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.
B	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(инкубаци-

		онный 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.
B	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.
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	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 отягощенных 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	-	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	-	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, мясо-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.
B	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	-	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	-	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 тестоватой 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.
В	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
В	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

В	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	-	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 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.
В	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.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1. Перечень кейс-заданий к зачету, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам практики.

5.1.1. Кейс-задания зачету по практике «Производственная (клиническая) практика 3» для оценки компетенций ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

медикаментозного лечения

НА ВОПРОСЫ

проводит на открытом воздухе. Обратился к дерматологу с жалобой на появление двух образований на лице, которые с
лицо покрыто морщинами, элементами солнечного лентиго и актинического кератоза. По краю нижнего века сле
а с просвечивающими телеангиоэктазиями.

кожи

та на открытом воздухе под УФ-лучами, длительное наличие новообразований с медленным ростом, клинических пр
розового до темно-коричневого цвета в зависимости от формы, со специфическим признаком в одном из элементов

амнеза, жалоб, клинической картины заболевания), не указаны подтверждающие признаки различных форм бкрк

нции должен быть подтвержден дерматоскопически. Данный метод исследования позволяет, во первых обнаружить
тствие признаков меланоцитарного образования, наличие древовидных сосудов, овоидных гнезд серо-голубого цве
провести биопсию очагов или направить на выполнение биопсии и патогистологического исследования в специали
следования.

вания дерматоскопию либо патогистологию – ответ правильный, но не полный.

абсолютно неподходящие диагнозу методики обследования

ти от результатов патогистологического заключения и стадирования процесса. В настоящее время допустимыми счи
ие висмодегиба.

, наличия предшествующей терапии, локализации и наличии периневральной инфильтрации. В каждом случае вра

медикаментозного лечения

НА ВОПРОСЫ

ей. Первые элементы появились 2,5 года назад на фоне обострения ревматоидного артрита. На фоне лечения основ

хностях несколько синюшно-розовых, плотных узлов, величиной с грецкий орех. Голени отечные.

го пола и возраста пациентки, а также указания в анамнезе на хронический рецидивирующий процесс с сезонными
ковой поверхности голеней.

амнеза, жалоб, клинической картины заболевания), не указаны подтверждающие признаки хронической узловой э

лабораторного исследования крови и мочи. Должны быть проанализированы следующие показатели: эритроциты,
оведено гинекологическое обследование с целью исключения объемного процесса в малом тазу, рентгенография лег

ентального обследования.

димости консультации смежных специалистов и инструментальных методов обследования – ответ правильный, но

абсолютно неподходящие диагнозу методики обследования

ликвидацию основного заболевания. Большое значение имеет постельный режим, т.к. у таких больных обычно рез
етацин 100–150 мг/сут., напроксен 500 мг/сут., ибупрофен 1200 мг/сут.), сосудистые препараты (пентоксифиллин).
фильтрат и восстанавливающие микроциркуляцию средства. Назначают компрессы с 5% линиментом дибунола, 5–1
верхность накладывают двухслойную марлю, слегка смоченную раствором ДМСО, сверху покрывают полиэтиленом.
Для усиления терапевтического эффекта и предотвращения возможного дерматита очаги поражения перед аппли
ставить на всю ночь.

ческие процедуры: фонофорез с лидазой, гепарином, гидрокортизоном, индуктотермия, ультразвуковая терапия, ма
ышеуказанного лечения показано назначение преднизолона per os 30–40 мг в сутки в течение 8–10 дней с последую
е 0,4 г/сут. в течение 2–3 месяцев

медикаментозного лечения

НА ВОПРОСЫ

родинки». Изменения заметила 2 года назад во время беременности, последние 6 месяцев отмечает быстрый рост и
снушек. В области спины и плечей пигментные пятна на местах бывших солнечных ожогов. В эпигастральной обла

иска, таких как II фототип кожи по Фитцпатрику, наличие в анамнезе солнечных ожогов и признаков фотоповреж
ные границы, наличие больше одного цвета, диаметр больше 6 мм.

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

оскопического и патогистологического обследования.

оз: наличие серо-голубой вуали, атипичные точки и глобулы, атипичная пигментная сеть, ассиметричные псевдоп
ый характер новообразования.

изображения, подозрительного на меланому.

необходимо направить к онкологам для проведения патогистологического обследования и решении вопроса о даль

е на патогистологическое исследование в условиях специализированного учреждения.

ии - верный ответ, однако не полный.

абсолютно неподходящие диагнозу методики обследования

результатов патогистологического обследования и дополнительных методов обследования направленных на выявлении
рутизации данного больного.

, наличия предшествующей терапии, локализации и наличии периневральной инфильтрации. В каждом случае вра

при подозрении на меланому

медикаментозного лечения

НА ВОПРОСЫ

нойные выделения из уретры, желтого цвета, частые позывы на мочеиспускание, жжение в уретре. При осмотре: на
мфоузлы не увеличены. Двухстаканная проба: 1 – мутная, 2 – с нитями. При исследовании мазка из уретры:

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

нном клиническом случае

а в данной клинической ситуации - верный ответ, однако нет обоснования.

бсолютно неподходящие диагнозу методики обследования

ерное.

ные исследования

медикаментозного лечения

НА ВОПРОСЫ

я следующий: впервые обратила внимание на неприятные ощущения в горле при глотании и на увеличение справа
у работы, который поставил диагноз обострение хронического тонзиллита и назначил УВЧ, полоскания фурацили
стая сыпь. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. В зеве значительно увеличенная миндалина справа,
руды, живота обильная, розового цвета, диаметром 4-5 мм пятнистая сыпь. Шелушения нет.

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

анном клиническом случае

за в данной клинической ситуации - верный ответ, однако нет обоснования.

абсолютно неподходящие диагнозу методики обследования

верное.

тной склераденит. Свежая розеола.

рные исследования

медикаментозного лечения

НА ВОПРОСЫ

явление обширных красновато-бурых пятен на коже верхних и нижних конечностей, выраженный зуд. Из анамнеза: тесные контакты с больными, страдающими сильным зудом. До момента обращения никакого лечения не получал. Общий анализ крови (16.05.16): Hb – 162 г/л, эритроциты – 5,2 × 10¹²/л, гематокрит – 48,2 %, лейкоциты – 12,9 × 10⁹/л, тромбоциты – 380 × 10⁹/л. Клинический диагноз: токсикоаллергический дерматит. Проведено амбулаторное лечение: натрия тиосульфат, натрия хлорид, дексаметазон. В течение 10 дней самочувствие улучшилось, явления дерматита прогрессировали, стали отмечаться подъемы температуры тела до 39°C. 15.07.16 г. поступил в стационар с жалобами на зуд, усиление высыпаний, сопровождающиеся выраженным зудом, местами явления десквамации. Увеличенные, слегка болезненные левый подмышечный лимфатический узел. Клинический диагноз: токсикоаллергический дерматит. Лабораторная формула: палочкоядерные нейтрофилы – 2 %, сегментоядерные нейтрофилы – 24 %, эозинофилы – 1 %, лимфоциты – 73 %, моноциты – 0 %. Температура тела до 38°C. Объективно: кожа гиперемирована, сухая, местами изъязвлена, интенсивно шелушится. Увеличен лейкоцитоз до 12,9 × 10⁹/л. В лейкоцитарной формуле – лимфоцитоз до 67 %, среди лимфоцитов до 52 % составили атипичные лимфоциты. Заключение: эпидермис неравномерно утолщен. Слабый кератоз. Много лимфоцитов малого и среднего калибра, преимущественно в периваскулярных зонах. Проведено лечение: ультрафиолетовое облучение, пероральные глюкокортикостероиды. Заключение: эпидермис неравномерно утолщен. Слабый кератоз. Много лимфоцитов малого и среднего калибра, преимущественно в периваскулярных зонах. Проведено лечение: ультрафиолетовое облучение, пероральные глюкокортикостероиды.

ых высыпаний;

ки);

хся солнечному облучению;

риформных») лимфоидных клеток малых и средних размеров;

яду эпидермиса (3 и более);

уклеарным ободком (haloed lymphocytes);

ии спонгиоза («диспропорциональный эпидермотропизм»);

актерны эпидермотропные поверхностные мелкоочаговые периваскулярные инфильтраты.

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

ным дерматитом, токсикодермией, розовым лишаем, псориазом, вторичным сифилисом.

анном клиническом случае

за в данной клинической ситуации - верный ответ, однако нет обоснования.

абсолютно неподходящие диагнозу методики обследования

ого покрова, при наличии узлов – определение их общего количества, размеров наибольшего узла и вовлеченных об
и при физикальном осмотре;

кое исследование, включающее следующие маркеры: CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD20, CD30, определение ре
(маркеры агрессивного течения заболевания), печеночные ферменты);
osAg), гепатита С, ВИЧ и HTLV-1;

ги и малого таза;

х узлов пациент передается для дальнейшего ведения и лечения гематоонкологам.Дополнительно может использоваться

верное.

нат 0,05% или мометазона фуорат 0,1%) наносятся на поверхность высыпаний 2 раза в день до полного разрешения.
ия .

на курс)

атся как терапия первой или второй линии в дозе 20-30 Gy с T2 и T3 стадиями с отсутствием эффекта от топичес

2–3 месяцев .

нии для ПВ, III и СС и эффективен в умеренно высоких дозах.Можно комбинировать с ПУВА, ретиноидами и хими

рные исследования

медикаментозного лечения

НА ВОПРОСЫ

ностей, сопровождающиеся незначительным зудом. Отмечает появление новых элементов за последние несколько

ит.

й.Дерматологический статус:на коже туловища, внутренней поверхности конечностей- плотные папулы красно-коричневые, при поскабливании поверхности папулы появляется феномен «скрытого шелушения».Кожа лица, волосистой части головы

ириаз)

е Юлиусберга является плоская округлая папула, размерами 4-10 мм, имеющая вначале розовый или красный цвет, в дальнейшем определяться симптомы скрытого шелушения и точечного кровоизлияния. Через 1-2 недели на поверхности папул появляется симптом «облатки»). Высыпания локализуются в области груди, живота, спины, проксимальных отделов конечностей

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

ного педикулеза устанавливается на основании клинических данных и результатов гистологического исследования. В гистологическом исследовании обнаружены поверхностных периваскулярных и диффузных, преимущественно лимфоцитарных, инфильтратов с примесью эозинофилов

данном клиническом случае

за в данной клинической ситуации - верный ответ, однако нет обоснования.

абсолютно неподходящие диагнозу методики обследования

верное.

ие 1-2 недель;

медикаментозного лечения

не сопровождающиеся субъективными ощущениями. Считает себя больным в течение двух месяцев. Известно, что в анамнезе не было ни каких-либо заболеваний, ни травм. В последние 2 недели отмечает распространение высыпаний на тыльную поверхность кисти, на ладонную поверхность кисти, на тыльную поверхность предплечья. На коже тыльной поверхности кисти элемент размером 1,5х1,5 см, округлой формы, диаметром до 4 см, темно-красного цвета с синюшным оттенком, спаянные с окружающими тканями. Между

основании: типичного анамнеза: появление первых признаков заболевания через 3 недели после пребывания в стране; наличие субъективных ощущений и общей симптоматики; типичной морфологии и эволюции элементов, типичного хода лимфатического сосуда, наличием лимфангита.

анамнеза, жалоб, клинической картины заболевания), не указаны подтверждающие критерии клинической формы.

за.

и обнаружение в биоптате характерных «астероидных телец». Рост колоний гриба начинается через несколько суток после появления сыпи. Реакции гиперчувствительности в виде крапивницы и ангиоотека, а также системными реакциями ввиду сенсibilизации здоровых лиц или перекрестных реакций с родственными грибами.

абсолютно неподходящие диагнозу методики обследования.

альтернативные схемы.

ется итраконазол.

нее 2-3 мес. после разрешения клинических проявлений.

яцев. Либо йодид калия, начиная от 1 мл в сутки на три приема до 4-6 мл в сутки, в зависимости от переносимости.

емной медикаментозной терапии?

ериды, холестерин, общий белок);

ования

медикаментозного лечения

НА ВОПРОСЫ

38 С. Участковым педиатром поставлен диагноз острый бронхит, назначены антибиотики пенициллинового ряда и жаропонижающие. Через 3 дня температура нормализовалась, сыпь на коже, сопровождающаяся зудом и жжением.

Сыпь представлена розеолами с синюшным оттенком, пузыри диаметром до 6 см, с серозным содержимым; на красной кайме губ эрозии с белым налетом.

ного периода с явлениями общей интоксикации (повышение температуры тела, слабость, боль в мышцах и суставах и жжением; на обширных поверхностях предплечий багровая эритема с синюшным оттенком, пузыри диаметром до 6 см, с серозными отрывками эпителия. Поражение до 10% кожного покрова.

люб, клинической картины заболевания).

а заболевания и характерной клинической картины.
лейкоцитоз, нейтропения является прогностически неблагоприятным признаком.

абсолютно неподходящие диагнозу методики обследования.

е.
независимо от его специализации, обязан оказать больному неотложную медицинскую помощь и обеспечить его транспортировку. В тяжелых случаях следует отменить прием всех препаратов, не являющихся жизненно необходимыми, и в особенном состоянии пациента на момент осмотра). Проводится катетеризация периферической вены и начинается п

ностью.

о.

медикаментозного лечения

НА ВОПРОСЫ

кожи в области нижнего угла правой лопатки на протяжении 6 лет. Какие-либо причины кожного зуда пациентка не называет, но она ощущает при надевании одежды.

а гидрохлорид внутрь 10 дней и местно метилпреднизолона ацепонат 14 дней, лечение без эффекта.

правой лопатке на уровне дерматомов T2-T6, на поверхности единичные эксфолиации. Определяется выраженная гип

дические приступы локализованного зуда у женщины среднего возраста, отсутствие эффекта от проводимой терапии. Зуд в области нижнего угла лопатки, сочетающийся с парестезией; на основании клинической картины: наличие гип

ой неврологической симптоматики.

ласти T2-T6, что может быть связано с дистрофическими изменениями позвонков, поэтому целесообразно назначить

зом необходимо патогистологическое исследование.

абсолютно неподходящие диагнозу методики обследования.

заболевания?

поствоспалительной гиперпигментации, умеренный гиперкератоз, умеренный воспалительный инфильтрат сосочк

пические глюкокортикостероиды не эффективны при парестетической ноталгии (ПН). Другие методы лечения, ко

ургическая декомпрессия нерва.

р/день в течение 5 недель.

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

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

Для тестирования:

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

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

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

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик:

Петрова Ксения Сергеевна, к.м.н., доцент, доцент кафедры кожных и венерических болезней

