

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА 4

Специальность 31.08.32 Дерматовенерология
код, наименование

Кафедра: кожных и венерических болезней

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2021

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Производственная (клиническая) практика 4» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Производственная (клиническая) практика 4». 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 4 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-4,ПК-5, ПК-6,ПК-7, ПК-8	Текущий	Стационарное и амбулаторное обследование дерматологического больного. Лабораторная диагностика кожных и венерических заболеваний Прием пациентов в поликлинике, работа в клинической, бактериологической, серологических лабораториях, кабинете УЗИ	Кейс-задание
ПК-4,ПК-5, ПК-6,ПК-7, ПК-8	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-4,ПК-5, ПК-6,ПК-7, ПК-8

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	

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 коже 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	-	
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 экскориации, 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 экскориации)
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
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 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, слизистая 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, сенсibilизация 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
B	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 исчерпывающий
P0	-	Тактика выбрана абсолютно неверная
B	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
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	-	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 эскориации
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 эскориации)
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не указаны диагностические критерии.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	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 (цикло-спорин) - Антигистаминные препараты - Обучающие программы психореабилитационной направленности, коррекция состояния нервной системы
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Тактика верна, но ответ не исчерпывающий
P0	-	Ответ неверный
В	4	Укажите побочные эффекты при назначении системной кортико-стероидной 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.
В	5	Какие правила использования топических кортикостероидных (тГКС) препаратов при atopическом 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 atopического 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	-	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
...		
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

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: кейс задания по разделам практики.

5.1.1. Кейс задания зачету по практике «Производственная (клиническая) практика 4» для оценки компетенции ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8:

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
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.
В	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.
В	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 лентиго 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.
В	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 висмодегига.
Э	-	Выбор терапии зависит от формы опухоли, ее патогистологического строения, наличия предшествующей терапии, локализации и наличия периневральной 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	-	002
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 голеней. 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.
B	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.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Э	-	Диагноз хронической узловой 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 узловой эритемы узлы на передне-боковой поверхности голеней.
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 эритемы 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	-	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	-	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.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз меланомы 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.
B	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, ассиметричные псевдоподии, периферические бесструктурные зоны, зоны регресса. Наличие хотя бы одного из указанных признаков при ассиметрии 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 тактике 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
B	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

		образование 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	-	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	-	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.
B	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
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
...		
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.
В	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.
В	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.
В	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

В	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
В	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	-	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	-	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 – $4,65 \times 10^{12}/л$, WBS – $16,8 \times 10^9/л$, PLT – $187 \times 10^9/л$, 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 – $4,45 \times 10^{12}/л$, WBS – $12,9 \times 10^9 /л$, PLT – $137 \times 10^9 /л$. 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 $12,9 \times 10^9 /л$. 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.
B	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
B	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, мочева 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
В	5	Лечение.
Э	-	Топические глюкокортикостероидные препараты (бетаметазона дипропионат 0,05% или мометазона фуорат 0,1%) наносятся на поверхность высыпаний 2 раза в день до полного разрешения. Узковоловное ультрафиолетовое облучение спектра В 311 нм ПУВА-терапия . Локальная лучевая терапия. Используется у пациентов с небольшим количеством высыпаний (10-20 Gy на курс) Тотальное облучение кожи (ТОК) . Проводится пациентам с распространенными высыпаниями и может назначаться как терапия первой или второй линии в дозе 20-30 Gy с Т2 и Т3 стадиями с отсутствием эффекта от топической терапии .При отсутствии или недостаточном эффекте НТ для терапии второй линии при ранних стадиях ГМ могут использоваться: Ретиноиды (изотретиноин, этретинат) 0,5–1 мг на кг массы тела в течение 2–3 месяцев . Интерферон-α (IFN-α) 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 . Метотрексат 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	-	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	-	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 петириаз)
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.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Диагноз каплевидного параспориоза Юлиусберга или - хронического лихеноидного пситириоза 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
B	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
B	5	Лечение.
Э	-	Эмоленты назначаются с целью восстановления водно-липидного баланса кожи, удержания влаги, обогащения кожи липидами и, как следствие, уменьшения субъективных ощущений. Глюкокортикостероидные препараты

		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; Системная терапия Хронический лихеноидный пситириаз В случаях торпидного течения назначают ретиноиды: 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	-	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	-	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 1мл 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	-	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	-	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.
B	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.
B	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.
B	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.

В	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	-	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	-	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 эксфолиации. Определяется выраженная гиперестезия в очаге.
В	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.
В	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 экскориации, 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.
В	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 Т2-Т6, 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.
В	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.
В	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.

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 незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продemonстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продemonстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные 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