

Электронная цифровая подпись

Лысов Николай Александрович



F 2 5 6 9 9 F 1 D E 0 1 1 1 E A

Бунькова Елена Борисовна



F C 9 3 E 8 6 A C 8 C 2 1 1 E 9

Утверждено Утверждено 31 мая 2018 г.  
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**Дисциплина «Венерология с дерматологией»**

**по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)**

**Направленность: Лечебное дело**

**Форма обучения: очная**

**Квалификация (степень) выпускника: Врач - лечебник**

**Срок обучения: 6 лет**

### 1.Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

В результате освоения ОПОП обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине(модулю) «Венерология с дерматологией»:

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Критерии оценивания
1	Инфекционные и паразитарные болезни кожи. Пиодермии.	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, выполнение рефератов, презентаций, решение ситуационных задач , курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
2	Туберкулез кожи.	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, выполнение рефератов, презентаций, решение ситуационных задач , курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
3	Поражения кожи при общих инфекционных заболеваниях, ВИЧ.	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, выполнение рефератов, презентаций, решение ситуационных задач , курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
4	Вирусные заболевания.	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, выполнение рефератов, презентаций, решение ситуационных задач , курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
5	Дерматозоозы.	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, выполнение рефератов, презентаций , решение ситуационных задач , курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
6	Клиническая микология. Поверхностные микозы.	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, выполнение рефератов, презентаций, решение ситуационных задач , курация/разбор тематического больного,	Пятибалльная шкала оценивания

			разбор историй болезни	
7	Сифилис. Этиология и патогенез сифилиса. Клиника сифилиса. Диагностика, лечение и профилактика сифилиса.	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, выполнение рефератов, презентаций, решение ситуационных задач, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
8	Инфекции, передаваемые половым путем. Гонорея. Зачёт	ОПК-5, ОПК-6 ПК-6, ПК-8, ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, выполнение рефератов, презентаций, решение ситуационных задач, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания

**2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа** (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), **включая** задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль;
- написание рефератов, (презентаций);
- решение ситуационных задач;
- курация/разбор тематического больного;
- разбор историй болезни

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

**2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы**

**2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)**

**Тема 1. Инфекционные и паразитарные болезни кожи. Пиодермии.**

**1. К зудящим дерматозам (нейродерматозам) относят:**

1. атопический дерматит
2. ограниченный нейродермит
3. крапивницу
4. чесотку взрослых
5. Все верно

**2. К зудящим дерматозам не относят:**

1. крапивницу
2. нейродермит
3. чесотку Гебры
4. розовый лишай Жибера

**3. В какие времена года обычно наблюдаются рецидивы нейродермита:**

1. весна
2. осень

3. зима
4. лето

**4. В этиопатогенезе нейродермита играют роль:**

1. функциональные нарушения нервной системы
2. наследственность
3. эндокринные расстройства
4. желудочно-кишечные интоксикации

**5. Какими высыпаниями проявляется крапивница:**

1. папулами
2. волдырями
3. пузырьками
4. пузырями

**6. Назовите разновидности крапивницы:**

1. острая
2. хроническая
3. холодовая
4. солнечная

**7. Для профессиональной экземы характерны:**

1. поражение кистей и предплечий
2. рецидив во время отпуска
3. связь с психотравмами
4. регресс в условиях стационара
5. правильно 1) и 4)

**8.Облигатными раздражителями являются:**

1. концентрированные растворы минеральных кислот и щелочей
2. газообразные и парообразные вещества (сероводород и др.)
3. боевые отравляющие вещества кожно-нарывного действия
4. концентрированные растворы солей тяжелых и щелочных металлов
5. все перечисленные

**9. Условием развития дерматоза от воздействия фотодинамических веществ является:**

1. повреждение кожи (микротравма)
2. наличие других заболеваний кожи
3. предшествующее солнечное облучение
4. одновременное солнечное облучение
5. все перечисленное

**10.Контактный неаллергический дерматит характеризуется:**

1. острым воспалением кожи на месте соприкосновения с раздражителем
2. острым воспалением кожи, выходящим за пределы участка, подвергнувшегося воздействию раздражителя
3. четкими границами
4. нечеткими границами
5. правильно 1) и 3)

**Эталон ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	4	1,2	1,2,3	4	1,2,3	5	1	2	3

**Тема 2. Туберкулез кожи.**

**1. Назовите локализованные формы туберкулеза кожи:**

1. лихеноидный
2. бородавчатый
3. индуративный
4. колликувативный

**2. Бородавчатый туберкулез чаще локализуется на:**

1. туловище
2. тыле кистей

3. волосистой части головы

4. ладонях

**3. Микобактерии туберкулеза попадают в кожу:**

1. гематогенным путем

2. лимфогенным путем

3. воздушно-капельным путем

4. трансплацентарно

**4. Диагноз туберкулеза кожи ставят на основании:**

1. туберкулиновых проб

2. биопсии кожи

3. флюорографии легких

4. всех выше перечисленных методов

**5. Туберкулез кожи лечат:**

1. пенициллином

2. тетрациклином

3. рифампицином

4. герпевиром

**6. Язвенный туберкулез кожи локализуется на:**

1. бедрах

2. туловище

3. у естественных отверстий

**7. При бородавчатом туберкулезе микобактерия попадает в кожу:**

1. гематогенным путем

2. лимфогенным путем

3. через поврежденную кожу

**8. Бородавчатый туберкулез кожи дифференцируется:**

1. хронической пиодермией

2. аллергическим дерматитом

3. псориазом

**9. Лихеноидный туберкулез относится к:**

1. локализованным формам

2. диссеминированным формам

**10. Обычные бородавки необходимо дифференцировать от:**

1. бородавчатого туберкулеза кожи

2. мозолей

3. бородавчатого акрокератоза Гопфа

4. себорейных бородавок

**Эталон ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	4	1,2	1,2,3	4	1,2,3	3	1	2	3

**Тема 3. Поражения кожи при общих инфекционных заболеваниях, ВИЧ.**

**1. Инфекции ВИЧ не передаются:**

1) трансфузионным путем

2) трансмиссивным путем

3) от заболевшей матери к плоду

4) инъекционным путем

5) половым путем

**2. СПИДу могут сопутствовать:**

1) оппортунистические инфекции внутренних органов

2) поражения нервной системы

3) эпидемическая саркома Капоши

4) волосатая лейкоплакия языка

5) все перечисленное

**3. Для стрептококкового импетиго характерно все перечисленное, кроме:**

1) появления на коже фликтен

2) желтых корок

3) быстрого распространения

- 4) воспалительных узлов
- 5) воспалительного ободка вокруг фликтен

**4. При стрептококковом импетиго назначается все перечисленное, кроме:**

- 1) растворов анилиновых красок
- 2) мазей со стероидными гормонами
- 3) вскрытия фликтен
- 4) паст с антибиотиками
- 5) мазей с антибиотиками

**5. Для простого пузырькового лишая характерны все перечисленные признаки, кроме:**

- 1) эритемы
- 2) отека
- 3) группы пузырьков
- 4) пузырей
- 5) эрозий

**6. К клиническим симптомам простого пузырькового лишая относится все перечисленное, кроме:**

- 1) пятен и волдырей
- 2) пузырьков
- 3) наличия венчика гиперемии вокруг очага
- 4) группировки высыпаний на ограниченном участке кожи
- 5) склонности к рецидивам

**7. К препаратам, предназначенным для наружного применения при лечении простого и опоясывающего герпеса, относятся все перечисленные, кроме:**

- 1) оксолиновой мази
- 2) линимента госсипола
- 3) ихтиоловой мази
- 4) теброфеновой мази
- 5) мази заверакс

**8. Методы лечения простого пузырькового лишая включают все перечисленное, кроме:**

- 1) симптоматического местного лечения
- 2) симптоматического общего лечения
- 3) противовирусной антибиотикотерапии
- 4) специфической иммунотерапии
- 5) неспецифической иммунотерапии

**9. Для опоясывающего лишая характерны:**

- 1) эритема
- 2) отек
- 3) язвы
- 4) некроз
- 5) все перечисленное

**10. Физioterпевтическое лечение опоясывающего лишая целесообразно назначать:**

- 1) в начале заболевания
- 2) в острой фазе
- 3) в неполной ремиссии
- 4) при неврологических осложнениях
- 5) правильно 3) и 4)

**Эталон ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	5	4	2	4	1	3	4	5	5

**Тема 4. Вирусные заболевания.**

**1. Поливалентная герпетическая вакцина назначается больным:**

- 1) простым герпесом в остром периоде
- 2) простым герпесом в период обратного развития высыпаний
- 3) рецидивирующим герпесом в период полной ремиссии
- 4) рецидивирующим герпесом в период неполной ремиссии
- 5) во всех перечисленных случаях

- 2. К разновидностям простого пузырькового лишая в зависимости от локализации относится:**
- 1) герпес лица (губ, носа и т.д.)
  - 2) герпес гениталий
  - 3) герпетический кератит и гингивостоматит
  - 4) герпетический менингоэнцефалит
  - 5) все перечисленное
- 3. Целью симптоматической терапии при герпетической инфекции является:**
- 1) ограничить распространение очагов инфекции и предупредить их нагноение
  - 2) противорецидивное действие
  - 3) санировать очаг вирусной инфекции
  - 4) достичь иммунотерапевтического эффекта
  - 5) все перечисленное
- 4. Ограниченное использование противовирусных антибиотиков при лечении герпетической инфекции связано:**
- 1) с сильным токсическим действием на клетки организма больного и низкими антивирусными свойствами
  - 2) с отсутствием противовирусных антибиотиков
  - 3) с плохим проникновением препаратов в кожу
  - 4) с плохим проникновением препаратов в нервные ганглии
  - 5) правильного ответа нет
- 5. Использование в лечении герпетической инфекции интерферона и индукторов интерферона:**
- 1) защищает неинфицированные вирусом клетки (ткани)
  - 2) подавляет репродукцию вируса
  - 3) стимулирует специфический иммунитет
  - 4) стимулирует неспецифический иммунитет
  - 5) предупреждает пиогенизацию очагов
- 6. К противовирусным препаратам, применяемым при простом и опоясывающем лишае, относится:**
- 1) интерферон
  - 2) бонафтон и метисазон
  - 3) герпетическая вакцина
  - 4) дезоксирибонуклеаза
  - 5) все перечисленное
- 7. В комплексное лечение опоясывающего лишая включается:**
- 1) противовирусные антибиотики
  - 2) g-глобулин
  - 3) интерферон
  - 4) витамины группы В
  - 5) все перечисленное
- 8. К противовирусным препаратам относятся все перечисленные, кроме:**
- 1) триоксазина
  - 2) метисазона
  - 3) оксолина
  - 4) госсипола
  - 5) бонафтона
- 9. Специфическая иммунотерапия больных рецидивирующим герпесом проводится:**
- 1) интерфероном
  - 2) поливалентной герпетической вакциной
  - 3) пирогеналом
  - 4) иммуноглобулином
  - 5) левамизолом
- 10. Больным рецидивирующим герпесом в фазу обострения назначается все перечисленное, кроме:**
- 1) поливалентной герпетической вакцины и пирогенала

- 2) интерферона
- 3) противовирусных антибиотиков
- 4) левамизола
- 5) иммуноглобулина

**Эталон ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	5	1	1	1	5	5	1	2	1

**Тема 5. Дерматозоозы.**

**1. Для чесотки характерны:**

- 1) лентикулярные папулы
- 2) гемorragии
- 3) точечные зудящие пузырьки и узелки
- 4) волдыри
- 5) полигональные папулы

**2. Скорость генерализации чесотки зависит от всех перечисленных факторов, кроме:**

- 1) количества клещей, попавших на кожу в момент инфицирования
- 2) половых и возрастных особенностей кожи
- 3) индивидуального чувства зуда
- 4) гигиенических навыков
- 5) состояния иммунитета

**3. Для чесотки, вызванной паразитами животных, не характерно:**

- 1) острое начало
- 2) сильный зуд
- 3) поражение участков кожи, соприкасавшихся с больным животным
- 4) хроническое течение
- 5) самоизлечение

**4. Средства лечения больных чесоткой:**

- 1) димедрол 1%
- 2) спрегаль
- 3) саркоптол
- 4) целестодерм
- 5) бензилбензоат

**5. Сроки наблюдения за больными чесоткой:**

- 1) 2 недели
- 2) 3 недели
- 3) 1 месяц
- 4) 2 месяца
- 5) 1,5 месяца

**6. Мероприятия, проводимые работниками санэпиднадзора по борьбе с чесоткой включают:**

- 1) эпидемиологическое наблюдение за очагами чесотки, зарегистрированными в организованных коллективах в течение 1,5 месяцев
- 2) обследование половых контактов
- 3) дезинфекция нательного и постельного белья
- 4) заполнение эпид. карты
- 5) заполнение учетной формы 089-у
- 6) организация проведения заключительной дезинфекции во всех очагах чесотки
- 7) все перечисленное

**7. Заражению чесоткой способствуют:**

- 1) плохие санитарно-гигиенические условия
- 2) загрязненность кожи
- 3) повышенная потливость
- 4) попадание чесоточных клещей на кожу
- 5) все перечисленное

**8. На каких участках кожи наблюдается преимущественная локализация чесоточных ходов?**



- 1) кисти
- 2) запястья
- 3) живот
- 4) ягодицы
- 5) верно а,б
- 6) верно все перечисленное

**9. Лечение чесотки проводится в стационарных условиях, если:**

- 1) больной страдает заболеванием, не позволяющим самообслуживание
- 2) имеется сочетание ее с другими дерматозами в стадии обострения
- 3) отсутствует возможность изоляции пациента
- 4) все перечисленное верно

**10. Особенности врачебной тактики при выявлении норвежской чесотки:**

- 1) обследование бытовых контактов
- 2) наложение карантина
- 3) оценка иммунного статуса
- 4) обследование на ВИЧ

**Эталон ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	2	4	2,3,5	5	1,3,6	5	5	4	3,4

**Тема 6. Клиническая микология. Поверхностные микозы.**

**1. Лечение ребенка с микроспорией волосистой части головы следует проводить:**

- 1) амбулаторно
- 2) в стационаре
- 3) по желанию родителей
- 4) по усмотрению врача
- 5) возможны все перечисленные варианты

**2. Ребенок, лечившийся по поводу микроспории волосистой части головы, может посещать школу после:**

- 1) одного отрицательного анализа
- 2) второго отрицательного анализа
- 3) третьего отрицательного контрольного анализа
- 4) шестого отрицательного контрольного анализа
- 5) сразу после окончания лечения

**3. Различают следующие формы споротрихоза:**

- 1) поверхностная
- 2) локализованная подкожная
- 3) диссеминированная кожная
- 4) висцеральная
- 5) все перечисленные

**4. Подмышечный трихомикоз вызывается:**

- 1) стрептококками
- 2) грибами
- 3) стафилококками
- 4) коринебактериями
- 5) вирусами

**5. К противокандидозным средствам для лечения кожи относятся все перечисленные, кроме:**

- 1) мазей нистатиновой, амфотерициновой, декаминовой 0.5-1%
- 2) 0.25% спиртового или водного раствора анилиновых красителей
- 3) левориновой взвеси (2 г леворина, 20 мл 95% этилового спирта, 1000 мл дистиллированной воды)
- 4) бонафтоновой, оксолиновой или теброфеновой мазей
- 5) клотримазола

**6. Хронический кандидоз слизистых связан с:**

- 1) гипотиреозом
- 2) гипопаратиреозом

- 3) гипокортицизмом
  - 4) понижением секреторной функции половых желез
  - 5) со всем перечисленным
- 7. К побочным действиям нистатина относятся все перечисленные, кроме:**
- 1) тошноты
  - 2) рвоты
  - 3) жидкого стула
  - 4) повышения температуры
  - 5) дерматитов
- 8. Развитию кандидоза способствует все перечисленное, кроме:**
- 1) сахарного диабета
  - 2) длительного лечения антибиотиками
  - 3) потливости, мацерации кожи
  - 4) иммунодефицита
  - 5) гипертонической болезни
- 9. Плесневые грибы поражают все перечисленное, кроме:**
- 1) кожи
  - 2) слизистых
  - 3) ногтей
  - 4) внутренних органов
  - 5) волос
- 10. Онихолизис может возникнуть на фоне:**
- 1) кожных болезней
  - 2) травматизации
  - 3) эндокринных нарушений
  - 4) бактериальных и грибковых инфекций
  - 5) всего перечисленного

**Эталон ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	3	5	4	4	5	5	5	5	5

**Тема 7. Сифилис. Этиология и патогенез сифилиса. Клиника сифилиса. Диагностика, лечение и профилактика сифилиса.**

- 1. При исследовании бледной трепонемы методом электронной микроскопии выявляются все образования, кроме:**
- 1) чехла
  - 2) жгутиков
  - 3) фибрилл
  - 4) цитоплазматической мембраны
- 2. В реализации иммунного ответа при сифилисе участвуют следующие образования, кроме:**
- 1) эритроцитов
  - 2) макрофагов
  - 3) Т-лимфоцитов
  - 4) В-лимфоцитов
- 3. При сифилитическом регионарном склеродените в патологический процесс вовлекается:**
- 1) капсула лимфатического узла
  - 2) ткань лимфатического узла
  - 3) окружающая клетчатка
  - 4) прилежащая к узлу кожа
- 4. Шанкр-амигдалит представляет из себя:**
- 1) эрозию миндалина
  - 2) язву миндалина
  - 3) увеличенную в размерах гиперемированную миндалину
  - 4) увеличенную в размерах обычной окраски миндалину
- 5. Высыпания при вторичном свежем сифилисе обычно:**

- 1) необильные
  - 2) обильные
  - 3) несимметричные
  - 4) неяркой окраски
  - 5) сгруппированные
- 6. Разновидностями сифилитической плешивости являются все формы, кроме:**
- 1) мелкоочаговой
  - 2) крупноочаговой
  - 3) диффузной
  - 4) смешанной
  - 5) тотальной
- 7. Бугорковый сифилис следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:**
- 1) туберкулеза кожи
  - 2) лейшманиоза
  - 3) лепры
  - 4) глубоких микозов
  - 5) экземы
- 8. Основными препаратами для лечения больных сифилисом являются:**
- 1) препараты пенициллина
  - 2) препараты тетрациклина
  - 3) препараты эритромицина
  - 4) макролиды
- 9. Патогномоничным симптомом позднего врожденного сифилиса является:**
- 1) бугорки кожи туловища
  - 2) лабиринтная глухота
  - 3) гуммы кожи туловища
  - 4) саблевидные голени
- 10. Патогномоничным симптомом позднего врожденного сифилиса является:**
- 1) ягодицеобразный череп
  - 2) бочкообразные зубы
  - 3) гетчинсоновские зубы
  - 4) широко расставленные верхние резцы

**Эталон ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	1	2	3	2	5	5	1	2	3

**Тема 8. Инфекции, передаваемые половым путем. Гонорея.**

- 1. Возбудитель гонореи - гонококк – относится:**
  - 1) к парным коккам грам-отрицательным
  - 2) к парным коккам грам-положительным
  - 3) к парным коккам грам-вариабельным
  - 4) коккобациллам грам-отрицательным
  - 5) коккобациллам грам-вариабельным
- 2. Бактериоскопическая идентификация гонококков основывается на следующих признаках, кроме:**
  - 1) парности кокков
  - 2) грам-отрицательности
  - 3) грам-положительности
  - 4) внутриклеточного расположения
  - 5) бобовидности формы
- 3. В средах с сахарами гонококк разлагает:**
  - 1) лактозу
  - 2) галактозу
  - 3) декстрозу
  - 4) сахарозу
  - 5) рибозу

- 4. Наиболее частой причиной рецидивов гонореи является ассоциация гонококков:**
- 1) с хламидиями
  - 2) с дрожжевым мицелием
  - 3) с трихомонадами
  - 4) с уреоплазмой
  - 5) с гарднереллами
- 5. Экспериментально гонорея получена у следующих лабораторных животных:**
- 1) у человекообразных обезьян
  - 2) у морских свинок
  - 3) у кроликов
  - 4) у собак
  - 5) ни у одного животного
- 6. Наиболее доступным для поражения гонококками являются слизистые оболочки, выстланные:**
- 1) многослойным плоским неороговевающим эпителием
  - 2) переходным эпителием
  - 3) цилиндрическим эпителием
  - 4) многослойным плоским ороговевающим эпителием
  - 5) кубическим эпителием
- 7. Гонококки могут распространяться в организме больных следующими путями, кроме:**
- 1) лимфогенного
  - 2) гематогенного
  - 3) по поверхности слизистых гениталий
  - 4) трансканаликулярного
  - 5) всеми перечисленными путями
- 8. Длительность инкубационного периода при гонорее чаще равна:**
- 1) 1-2 дням
  - 2) 3-4 дням
  - 3) 5-7 дням
  - 4) 8-10 дням
  - 5) 10-14 дням
- 9. Свежий острый передний уретрит гонорейной этиологии характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:**
- 1) обильных гнойных выделений
  - 2) болезненности при мочеиспускании
  - 3) гиперемии губок наружного отверстия уретры
  - 4) наличия гнойных нитей в 1-й и 2-й порциях мочи
  - 5) наличия гнойных нитей в 1-й порции мочи
- 10. У женщин, больных гонореей, наиболее часто наблюдается следующая клиническая форма:**
- 1) свежая острая
  - 2) свежая подострая
  - 3) свежая торпидная
  - 4) латентная
  - 5) хроническая

**Эталон ответов:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	3	3	3	5	3	5	5	4	3

**2.2 Перечень тематик рефератов и презентаций для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)**

**Тема 1. Инфекционные и паразитарные болезни кожи. Пиодермии.**

- 1.Стрептококковые пиодермиты. Классификация, клиника, принципы лечения.
- 2.Смешанные пиодермиты. Классификация, клиника, принципы лечения.

**Тема 2. Туберкулез кожи.**

- 1.Лечение и профилактика туберкулеза кожи.
- 2..Экспертиза трудоспособности больных туберкулезом кожи. Организация борьбы с

туберкулезом кожи.

### **Тема 3. Поражения кожи при общих инфекционных заболеваниях, ВИЧ.**

1. Контагиозный моллюск. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Заболевания кожи и слизистых оболочек как возможные маркеры ВИЧ-инфекции: саркома Капоши, себорейный дерматит, кандидоз, простой герпес и опоясывающий, остроконечные кондиломы, контагиозный моллюск, волосатая лейкоплакия языка. Особенности течения этих заболеваний.

### **Тема 4. Вирусные заболевания.**

1. Дифференциальная диагностика герпеса с пузырьными дерматозами, сифилитическими папулами, афтозным стоматитом. Лечение рецидивирующего герпеса.
2. Папилломавирусная инфекция. Этиология. Клиническая картина. Принципы лечения

### **Тема 5. Дерматозоозы.**

1. Чесотка. Возбудитель. Условия заражения. Клиника, осложнения, методы лечения, профилактика
2. Педикулез. Эпидемиология педикулеза. Клиника педикулеза. Лечение и профилактика педикулеза

### **Тема 6 Клиническая микология. Поверхностные микозы.**

1. Дерматомикозы. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Кератомикозы. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение

### **Тема 6. Сифилис. Этиология и патогенез сифилиса. Клиника сифилиса. Диагностика, лечение и профилактика сифилиса.**

1. Основные этапы развития венерологии.
2. Сифилис. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

### **Тема 7. Инфекции, передаваемые половым путем. Гонорея.**

1. Экстрагенитальные формы гонореи: гонококковый фарингит, стоматит, проктит, конъюнктивит, гонококковые поражения кожи. Диссеминированная гонококковая инфекция: бактериемия, септикопиемия, артриты, поражение сердечно-сосудистой и нервной систем, перигепатит..
2. Паразитарные заболевания мочеполовой системы: амебиаз, лямблиоз, шистосомоз, гельминтозы.
3. Профилактика ЗППП.

**Темы рефератов и презентаций могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем.**

## **2.3 Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости**

### **Тема 1**

#### **Задача №1**

У ребенка 10 лет (мальчик) отмечается зуд волосистой части головы после летнего отдыха в детском лагере.

При осмотре на волосистой части головы преимущественно в височных и затылочных областях имеются экскориации, пустулы, серозно-гнойные корки, увеличены и болезненны шейные и затылочные лимфатические узлы. При осмотре волос обнаружены гниды.

Вопросы:

- 1 Ваш диагноз?
- 2 Дифференциальный диагноз?
- 3 Лечение?
- 4 Профилактика?

#### **Эталонные ответы к задаче №1**

1. У ребенка головной педикулез.
2. Головной педикулез следует дифференцировать с пиодермией, экземой волосистой части головы. Уточняет диагноз обнаружение гнид.
3. Аэрозоль «Пара-плюс» распылить на кожу волосистой части головы, экспозиция 10 минут, вымыть шампунем, вычесывать гниды частым гребнем с пропущенной между зубцами жгутиком из ватки, смоченном в 9% столовом уксусе. На пустулы – метиленовая синь 2%, мазь «фуцидин».
4. Плановые осмотры населения на педикулез, осмотр детей, выезжающих в летние лагеря (до выезда и перед каждым мытьем в бане во время пребывания в лагере), санпросветработа.

#### **Задача №2**

На прием к врачу обратился мужчина 40 лет, по профессии тракторист, с жалобами на появление гнойничков на коже шеи и предплечий, их болезненность и повышение температуры тела до 37,5°. Болен около 3-х месяцев. Лечился самостоятельно. Без существенного эффекта. Больной злоупотребляет алкоголем. На коже шеи и предплечий - многочисленные пустулы и воспалительные узелки, связанные с волосяным фолликулами. Кроме этих высыпаний на задней поверхности шеи выявляются несколько узлов величиной от лесного до грецкого ореха, насыщенного синюшно-розового цвета, тестоватой консистенции, центральную часть которых занимают гнойно-некротические корки пронизанные волосами. На месте бывших высыпных элементов - пигментированные и депигментированные рубцы и рубчики.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какие необходимо провести лабораторные исследования больному?

#### **Эталонные ответы к задаче №2**

1. Фолликулит. Фурункулез
2. Санация очагов хронической инфекции (консультации стомаолога, гастроэнтеролога, лор-врача)
3. Обследования на глюкозу крови, консультация эндокринолога

## **Тема 2**

### **Задача 1**

Больная Б., 45 лет, обратилась к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на лице. Болеет около 1 года. Объективно: на лице в области висков, ушных раковин имеются бугорки красноватого цвета размером с горошину, мягковатой консистенции. При витропрессии бугорки приобретают желтоватый цвет

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. План лечения.

#### **Ответ к задаче 1**

1. Туберкулезная волчанка.
2. Туберкулиновые пробы, рентгенография легких.
3. Противотуберкулезное лечение (рифампицин, изониазид, биостимуляторы, витамины).

### **Задача 2**

Больная К., 38 л., обратилась к дерматовенерологу с жалобами на безболезненную язву в области шеи. Считает себя больной около 1 месяца, когда появился инфильтрат, который затем размягчился и образовался дефект. В анамнезе у больной туберкулез легких. Объективно: на шее слева имеется язва размером до 3 см в диаметре красного цвета, с мягкими краями. Дно язвы покрыто гнойным налетом.

1. Диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать заболевание?

#### **Ответ к задаче 2**

1. Колликативный туберкулез (скрофулодерма).
2. Дифференцируют со следующими заболеваниями: хроническая язвенно-вегетирующая пиодермия, лейшманиоз, сифилис (первичная сифилома).

### **Задача 3**

На прием к дерматовенерологу обратился мужчина 45 лет с жалобами на высыпания на нижних конечностях. Объективно: в области голеней, бедер, ягодиц имеются милиарные папулы красноватого цвета, геморрагические корочки, округлые язвочки, вдавленные «штампованные» рубцы.

1. Предварительный диагноз?
2. Необходимые исследования для подтверждения диагноза?

#### **Ответ к задаче 3**

1. Папуло-некротический туберкулез.
2. Тщательный сбор анамнеза, туберкулиновые пробы, рентгенография легких.

## **Тема3**

### **Задача № 1.**

1. У 30 летнего гомосексуалиста появились следующие клинические симптомы: генерализованное увеличение лимфатических узлов, лихорадка, температура до 38-38,5°C, чаще во второй половине дня и ночью, повышенная утомляемость. Кожные покровы и видимые слизистые- чистые. Болен несколько месяцев.

Вопросы:

1. Какой диагноз у больного?
2. Относится ли больной к группе риска? Почему?

**Эталон ответа к задаче №1**

Можно думать о пре-СПИДе. Относится к группе риска, т.к. является гомосексуалистом.

**Задача № 2.**

Гомосексуалист, 29 лет был госпитализирован в инфекционное отделение по поводу головных болей, лихорадки, болей в горле, потливости, быстрой утомляемости. Объективно: спленомегалия, лимфаденопатия, тромбоцитопения, нарушение функции печени, кандидоз полости рта. В дальнейшем, несмотря на лечение, появились неврологические нарушения: парез, повышение рефлексов.

Вопросы:

1. Ваша тактика?
2. Предположительный диагноз?

**Эталон ответа к задаче №2**

Необходимо провести обследование больного на СПИД.

**Задача № 3.**

Мужчина 30 лет, бисексуалист. Какое эпидемиологическое значение имеет такая половая направленность?

**Эталон ответа к задаче №3**

Такая передача инфекции имеет наибольшее эпидемиологическое значение в связи с доминированием этой формы сексуальной активности.

**Задача № 4.**

В родильный дом поступила беременная женщина, при анализе крови которой установлена ВИЧ-инфекция. Вопросы:

1. Возможные пути заражения ребенка?
2. Какова вероятность заражения ребенка?
3. Когда могут проявляться клинические признаки СПИДа у детей при внутриутробном заражении.

**Эталон ответа к задаче №4**

Возможны несколько путей заражения: трансплацентарный, внутриутробный, контакт с инфицированной кровью матери, постнатальное заражение через грудное молоко (этот вариант следует рассматривать как предположительный). Беременные женщины, зараженные ВИЧ, в 25-50% передают инфекцию своим детям. У детей при внутриутробном заражении клинические проявления СПИДа могут появиться в течение 6 месяцев после рождения.

**Задача № 5.**

Женщина 40 лет обратилась в лабораторию для обследования на СПИД. Своё желание мотивировала тем, что была на отдыхе на туристической базе, в области, где зарегистрированы случаи СПИД, и что она подверглась укусам кровососущих членистоногих.

Вопросы:

1. Описан ли такой путь передачи СПИДа?
2. Каков риск инфицирования? Почему?

**Эталон ответа к задаче №5**

В литературе достоверных данных о возможности трансмиссивной передачи инфекции кровососущими членистоногими нет. Риск заражения 1 на 10 млн. в связи с тем, что инфицированность крови при укусе комара мала.

## **Тема 4**

**Задача № 1**

На прием к врачу обратился мальчик 10 лет. Жалуется на высыпания, появившиеся на кистях. Беспокойств не причиняют. Со временем количество их постепенно увеличивается. Узелки появились примерно год тому назад. Больной пытался срезать их, но они вновь возникали и

увеличивались в размерах.

Объективно. На коже 4-го пальца видны телесного цвета плотные, безболезненные, возвышающиеся над уровнем кожи, полушаровидные, невоспалительные узелки. Поверхность их имеет шероховатый вид.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Лечение.

#### **Эталонны ответов к задаче № 1**

1. Вульгарные бородавки.
2. Криотерапия, диатермокоагуляция.

#### **Задача № 2**

На прием к врачу обратились родители с мальчиком 2,5 лет. Их беспокоило, что на коже туловища ребенка появились узелки. Субъективных жалоб мальчик не предъявляет. Впервые эти узелки заметили две недели тому назад, их количество постоянно увеличивалось. Родители отметили, что подобные образования имеются на теле еще у трех детей, которые вместе с их ребенком посещают детское учреждение.

Объективно. На коже живота ребенка расположено до двух десятков узелков, цвета нормальной кожи с перламутровым оттенком, размерами от 0,1 до 0,5 см, полушаровидной формы с кратерообразным вдавливанием в центре. При раздавливании пузырька пинцетом появляется творожисто-подобное содержимое.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Обоснование диагноза?

#### **Эталонны ответов к задаче №2**

1. Контагиозный моллюск.
2. Выдавливание узелков пинцетом с последующей обработкой 2% настойкой йода или криодеструкция элементов

#### **Задача № 3**

Больная 57 лет, жалуется на общее недомогание, сильные боли в правой половине грудной клетки и на высыпания в этой же области. Заболела 4 дня назад. Заболеванию предшествовало переохлаждение. Объективно: в Y-YI межреберных промежутках справа имеется 4 очага поражения размерами от 4 до 8 см в диаметре. В очагах видны группы многочисленных пузырьков с серозным экссудатом; кожа, на которой расположены пузырьки, отечна, розово-красного цвета.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Назначьте лечение больной

#### **Эталонны ответов к задаче №3**

1. Опоясывающий лишай.
2. Противовирусные препараты, анальгетики, витамин В<sub>1</sub>. Наружно – анилиновые красители, противовирусные мази.

#### **Задача № 4**

Ребенок 12 лет жалуется на высыпания в области лица, каждый раз после переохлаждения. Со слов мамы сыпь локализуется в одном и том же месте.

Объективно: в области складок носа и на красной кайме губ имеется 2 очага из эритематозных пятен округлых очертаний, размером с однокопеечную монету, на фоне которого имеются сгруппированные пузырьки. Субъективно: зуд и жжение.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Назначьте лечение

#### **Эталонны ответов к задаче №4**

1. Диагноз: простой пузырьковый лишай или простой герпес.
2. Лечение местное: анилиновыми красителями и противовирусными мазями. При частых обострениях более 4 раз в год – общая терапия производными ацикловира

### **Тема5**

#### **Задача №1**



К дерматологу обратилась мать с жалобами на наличие высыпаний на коже у ее 4-месячного мальчика, появление которых она связывала с возможными проявлениями атопического дерматита после лечения антибиотиками бронхита в условиях стационара. Ребенок проживает в семье с бабушкой, матерью, дядей, который надолго пропадает из дома, злоупотребляет алкоголем.

При осмотре на коже туловища младенца имеются уртикарноподобные высыпания, покрытые геморрагическими корочками, преимущественно локализирующиеся в подмышечных ямках, на мошонке. На сводах стоп и ладонях – везикуло-пустулезные высыпания. Мать отмечает, что беспокойство и зуд у ребенка усиливаются ночью. При осмотре матери были выявлены папуло-везикулезные высыпания на животе, чесоточные ходы на коже межпальцевых складок кистей, расчесы, покрытые геморрагическими корочками. При исследовании соскобов с элементов сыпи микроскопически обнаружен чесоточный клещ.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каковы клинические особенности чесотки у детей?
3. Какая должна быть проведена эпид. работа в очаге?
4. Назначьте лечение.

#### **Эталонные ответы к задаче №1**

1. У матери и ее сына - чесотка.
2. У детей клинические проявления чесотки напоминают крапивницу, экзему. Высыпания могут располагаться на лице, волосистой части головы, чесотка у детей часто осложняется пиодермией.
3. Необходимо обследовать бабушку и дядю, при выявлении чесотки - лечить одновременно всю семью, при отсутствии заболевания у других членов семьи – провести им профилактическое лечение. Провести дезинфекцию в очаге. Диспансерное наблюдение очага – 1,5 месяца.
4. Эмульсия бензил-бензоата 20% - взрослым, 10% - ребенку, 1 и 4 день лечения вечером после душа. На пустулы ребенку – 1% метиленовая синь.

#### **Задача №2**

На приём обратилась семья (муж, жена и 5-летний ребенок) с одинаковыми жалобами на зуд кожи, усиливающийся к вечеру. Больными себя считают около месяца.

При осмотре: в области предплечий, живота, межпальцевых промежутков кистей, на гениталиях множественные мелкие папулы и папуловезикулы, многие из которых расположены попарно, с образованием сероватых полосок между элементами. На коже разгибательных поверхностей локтевых суставов – сухие импетигиозные корочки.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Обоснование диагноза?
3. Принципы лечения?

#### **Эталонные ответы к задаче № 2**

1. Предварительный диагноз: чесотка
2. Обоснование диагноза :парные элементы, чесоточные ходы между ними, симптом Горчакова-Арди на локтях.
3. Лечение: втирание 20% эмульсии бензилбензоата - до 4 дней, (ребенку –10%), или однократная обработка “ Спрегалем”, или обработка по Демьяновичу и т.д., дезинфекция белья и одежды.

### **Темаб**

#### **Задача № 1.**

Больной Б., 10 лет, поступил в КВД с жалобами на поражение кожи груди, шеи, спины. Болен 2 года, аналогичное заболевание у отца. Не лечился. Летом после загара появляются белые пятна на местах высыпаний.

Общее состояние удовлетворительное. При обследовании со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

При осмотре кожные покровы повышенной влажности. На коже шеи, груди, спины имеются мелкие 1х1 см пятна без воспалительных явлений с четкими границами, цвета кофе с молоком, с отрубевидным шелушением на поверхности. Местами имеются гипопигментированные пятна

таких же размеров. Проба Бальцера положительная. При микроскопии обнаружены округлые споры в виде гроздьев винограда и короткие, слегка изогнутые нити мицелия. Под люминесцентной лампой – бурое свечение пятен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Обоснование диагноза?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение больному.
5. Меры профилактики?

#### **Эталонные ответы к задаче №1**

1. У больного Б. – Распространенный отрубевидный лишай.
2. Диагноз выставлен на основании типичной клиники, люминесцентной диагностики, лабораторного микроскопического исследования.
3. Отрубевидный лишай следует дифференцировать с розовым лишаем Жибера, розеолами при сифилисе. Вторичную лейкодерму при отрубевидном лишае следует дифференцировать с сифилитической лейкодермой.
4. Лечение бензилбензоатом 20% 6 дней подряд, УФО. Возможно применение ламизила-спрея 7 дней дважды в день. У детей часто поражается волосистая часть головы – на волосистую часть головы возможно применение низорал-шампуня.
5. Меры профилактики – дезинфекция одежды и постельного белья проглаживанием горячим утюгом во влажном виде после стирки - во время лечения, борьба с потливостью. Профилактические курсы лечения с марта по май, обрабатывая кожу низорал-шампунем каждый месяц 3 дня подряд по 5 минут.

#### **Задача №2**

К дерматологу направлен ребенок 6 лет с жалобами на появление очага обломанных волос на голове. Впервые мать заметила очаг около недели назад. Самостоятельно лечила ребенка настойкой чеснока без эффекта.

При осмотре на волосистой части головы определяется очаг обломанных волос на уровне 6 мм, округлой формы, с четкими границами, кожа в очаге шелушится. Под люминесцентной лампой - зеленое свечение.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Какие необходимы исследования для его уточнения?
3. Тактика врача?

#### **Эталонные ответы к задаче №2**

1. Микроспория волосистой части головы.
2. Бактериоскопическое исследование волос на грибы.
3. Госпитализация ребенка в отделение грибковых инфекций с последующим назначением гризеофульвина внутрь из расчета 22 мг на кг веса больного и применением противогрибковых мазей местно.

#### **Задача №3**

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

Объективно: Поражены все межпальцевые складки обеих стоп: шелушение, трещины, кожа подошв инфильтрирована, сухая, отчетливо видны кожные борозды, в которых отмечается хорошо выраженное муковидное шелушение. Процесс распространяется также на тыльные и боковые поверхности стоп и пальцев. Подобные очаги имеются на ягодицах, в паховой области.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Лечебные мероприятия.

#### **Эталонные ответы к задаче №3**

1. Микоз стоп .

2. Микроскопическое и культуральное исследования.

3. Низорал или ламизил. Внутрь. Наружно – удаление чешуек и роговых наслоений с помощью отсколки по Ариевичу или молочно-салициловым коллодием, затем крем «Низорал», «Ламизил», «Клотримазол». Дезинфекция обуви.

#### **Задача № 4.**

Больной А., 9 лет поступил в КВД с жалобами на наличие поражения волосистой части головы, болен 3 недели. Сначала на темени появилась припухлость, мать лечила ребенка мазью Вишневского, связывала появление очага с переохлаждением ребенка, лечение было неэффективным, "опухоль" увеличивалась, гнойное отделяемое сошло в корки. Обратилась к дерматологу, ребенок был направлен на стационарное лечение в КВД. Предполагаемый источник заражения - больной теленок из личного хозяйства, за которым мальчик ухаживал.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски.

Патологии внутренних органов не выявлено, физиологические отправления в норме.

На волосистой части головы волосы черные, густые, длиной 3 см. В теменной области имеется один очаг с четкими границами размерами 3х3 см в диаметре. Очаг представляет из себя опухолевидный инфильтрат, приподнятый над уровнем неповрежденной кожи на 1,2 см. Кожа в очаге темно-красного цвета, покрыта гнойными корками, волосы частично выпали, оставшиеся - впаяны в корки. При потягивании пинцетом волос свободно извлекается из волосяного фолликула. Увеличены и болезненны, не спаяны с окружающими тканями, подвижны задние шейные лимфатические узлы справа. Под люминесцентной лампой свечения волос нет. Других высыпаний на коже и слизистых нет. Микроскопически поражение волоса по типу *Trichophyton ectothrix megasporos*. Сделан посев на питательные среды.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Обоснование диагноза?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение больному.
5. Каков прогноз заболевания?

#### **Эталонные ответы к задаче № 4.**

1. У больного: Нагноительная трихофития волосистой части головы (1 очаг).

2. Диагноз выставлен на основании характерной клиники, данных эпидемиологического анамнеза - контакт с больным теленком, отрицательного результата люминесцентной диагностики, результатов микроскопического исследования - поражение волоса по типу *Trichophyton ectothrix megasporos*. Сделан посев на питательные среды. В посевах ожидается рост гриба *Trichophyton verrucosum*.

3. Нагноительную трихофитию следует дифференцировать с нагноительной микроспорией, имеющей сходную клинику, но при микроспории в очагах поражения волосы будут обломаны на уровне 4-6 мм, и будут светиться под люминесцентной лампой зеленым светом. Микроскопически в волосе при микроспории обнаруживаются споры *Microsporum*. При посевах рост *Microsporum canis*, источник заражения - собака или кошка.

4. При нагноительной трихофитии назначается внутрь гризеофульвин из расчета 16-18 мг на кг веса ребенка, или тербинафин 125 мг в сутки при весе 20-40 кг, наружно: 1 день - на корки накладывается 20% пепсиновая мазь или 2% салициловая мазь, 2 день - удаление корок и эпиляция волос, далее влажно-высыхающие повязки с 2% раствором ихтиола, ихтиоловая мазь, переход на 10% серно-5% дегтярную мазь после начала формирования рубца. Стационарное лечение занимает 24 дня.

5. При выздоровлении в очагах на волосистой части головы формируется рубцовая атрофия со стойким облысением (косметический дефект на всю жизнь).

#### **Задача № 5.**

В КВД поступили два брата-близнеца 13 лет с жалобами на выпадение волос и наличие высыпаний на волосистой части головы. Больные с годовалого возраста, лечились амбулаторно и в стационаре с диагнозом псориаз, без улучшения.

Дети от 2-ой беременности, росли и развивались нормально. Перенесли корь, ветряную оспу.

Общее состояние хорошее. Развитие соответствует возрасту. Учатся хорошо. Кожные покровы нормальной окраски. Патологии внутренних органов не выявлено. Стул и мочеиспускание без нарушений.

Клиническая картина у братьев однотипна: голова покрыта серо-желтого цвета отрубевидными чешуйками, под ними темно-розовые пятнистые элемента размерами от 1,0x1,0 см до 2,0x2,0 и 4,0 x 4,0 см с четкими границами. Волосы пепельно-серые, лишенные блеска и эластичности, много атрофических рубцов на месте бывших очагов.

ОАК у обоих больных без патологии, за исключением легкой эозинофилии (5-6%). Биохимические и иммунологические исследования крови отклонений от нормы не выявили.

Микроскопически в чешуйках определялось обилие спор разной величины и формы, короткие нити мицелия, в волосе - короткие нити мицелия, споры округлой формы, расположенные цепочками, встречаются пузырьки воздуха. Под люминесцентной лампой серебристо-белое свечение волос. При посеве получена культура *Trichophyton Shonleinii*. При обследовании у брата, сестры и матери обнаружено то же заболевание.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Источник заражения?
3. Назначьте лечение больным.

**Эталонные ответы к задаче № 5.**

1. У больных: фавус волосистой части головы, сквамозно-импетигозная форма.

2. Источник заражения - мать.

3. Лечение: гризеофульвин из расчета 16 мг на 1 кг веса, или тербинафин

250 мг в сутки - поливитамины, биостимуляторы. Наружно - бритые волосы каждые 5 дней, йодно-мазевая терапия, мытье головы 2 раза в неделю низорал-шампунем. Контроль люминесцентной лампой 1 раз в неделю и микроскопическое исследование волос после прекращения их свечения.

Выписка после 3х отрицательных анализов на грибы. Обычно лечение продолжается 30 дней.

Диспансерное наблюдение в течение 5 лет после выписки.

## Тема 7.

### Задача № 1

На приём обратился мужчина с жалобами на припухлость полового члена, которую он заметил в течение последних 5-6 дней.

Из анамнеза установлено, что 1,5 месяца назад имел случайную половую связь. При возвращении домой имел половые отношения с женой. Состав семьи: жена, сын в возрасте 15 лет, дочь – 1,5 года.

При осмотре: головка полового члена не открывается, кожа суженого отверстия крайней плоти гиперемирована, отёчна, из отверстия – скудное отделяемое в виде мутной гнойной жидкости. Через кожу крайней плоти, в области уздечки пальпируется уплотнение размером до фасоли. Паховые лимфоузлы увеличены, слева – до размеров мелкой сливы, плотно-эластической консистенции, умеренно болезненные. В левой паховой складке – тяжистое, гиперемированное, длиной до 7 см, болезненное образование.

Серологические реакции положительные.

**ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗ, ЭПИД. МЕРОПРИЯТИЯ.**

**Эталонные ответы к задаче №1**

Диагноз: первичный серопозитивный сифилис, шанкр полового члена, фимоз, регионарный лимфаденит. Необходимо обследовать всех членов семьи. Если клинических признаков не выявлено, жене проводится превентивное лечение, как лицу, имевшему половой контакт с больным с активными проявлениями сифилиса, дочери (1,5 года) – также превентивное лечение, как имевшей тесный бытовой контакт (в возрасте до 3-х лет дети подлежат обязательному лечению). Старший сын подлежит клинико-серологическому контролю.

### Задача № 2

На приём обратился мужчина с жалобами на отёк и болезненность в области полового члена в течение последней недели. По этому поводу занимался самолечением: “прижигал” марганцовкой, смазывал синтомициновой эмульсией. Половые связи многочисленные и беспорядочные.

При осмотре обнаружен отёк крайней плоти, головка в препуциальный мешок не вставляется, мочеиспускание свободное. По венечной борозде слева располагается язва вытянутой формы 2 x 0,5 см, с плотным основанием, покрыта гнойным налётом, В левой паховой области определяется

лимфаденит. Трепонема в отделяемом из язвы дважды не обнаружена, серологические реакции – отрицательные.

**ТАКТИКА ОБЛЕДОВАНИЯ И ОБОСНОВАНИЯ ДИАГНОЗА.**

**Эталон ответа к задаче №2**

Предварительный диагноз: первичный серопозитивный сифилис, парафимоз, твердый шанкр, лимфаденит. Для подтверждения диагноза необходимо обнаружение бледной трепонемы в отделяемом из язвы после очистки её примочками с физиологическим раствором (всего до 5 анализов). В случае отрицательных результатов – пункция лимфоузла, при нарастании явлений отёка головки – вправление вручную или хирургически. Серологическое обследование в динамике.

**Задача № 3**

На приём обратился мужчина с жалобами на высыпания в области полового члена в течение двух недель. Анамнез: инвалид 3 группы (бронхиальная астма), женат, внебрачные половые связи категорически отрицает. Последняя половая связь с женой – 10 дней назад.

При осмотре – на внутреннем листке крайней плоти обнаружен инфильтрат размером с горошину, плотной консистенции, овальной формы с эрозированной поверхностью. В правой паховой области пальпируются лимфатические узлы, размером с косточку вишни, плотноэластической консистенции, безболезненные, подвижные. В отделяемом с эрозии обнаружены бледные трепонемы. Серологические реакции отрицательные.

При осмотре жены – на правой большой половой губе округлая эрозия диаметром 0,5 см в стадии эпителизации. Лимфоузлы не увеличены. Серологические реакции положительны. После начала специфического лечения отмечается подъем температуры до 38,6 градусов, появилась обильная мелко-пятнистая сыпь на коже туловища.

**ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗ.**

**Эталон ответа к задаче №3**

Диагноз первичный серопозитивный сифилис, у жены – вторичный свежий сифилис (остатки твёрдого шанкра, розеолезная сыпь на туловище, положительная реакция обострения Герксгеймера).

**Задача № 4**

На приём обратилась женщина с жалобами на затруднение глотания (‘что-то мешает проглатывать пищу’). Считает себя больной в течение 8 дней. Анамнез: 4 недели назад имела половую связь с малознакомым мужчиной. Замужем. Муж обследован – здоров.

Осмотр: на мягком нёбе слева по линии смыкания зубов – инфильтрат диаметром до 2 см, возвышающийся над уровнем слизистой, насыщенно синюшного цвета с уплотнением, безболезненный, с эрозией на поверхности. Отмечается увеличение подбородочных и подчелюстных лимфоузлов. В отделяемом с поверхности эрозии обнаружены спирохеты.

В области спайки половых губ – поверхностная язва, диаметром до 1 см с уплотнением в основании. В отделяемом из язвы обнаружены спирохеты.

Серологические реакции – отрицательные.

**ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗ. ЭПИД.МЕРОПРИЯТИЯ.**

**Эталон ответа к задаче №4**

Диагноз первичный серонегативный сифилис (шанкр полости рта и половых губ) Мужу необходимо (после исключения сифилиса) проведение превентивного лечения.

**Задача № 5**

Из гинекологического отделения была переведена женщина, лечившаяся с диагнозом “абсцедирующий правосторонний бартолинит”. В истории болезни отмечено, что после первой инъекции пенициллина у больной повысилась температура до 38,7 градусов. После получения положительных серологических реакций больная была переведена в венерологическое отделение.

Осмотр: правая большая половая губа резко отёчна, уплотнена, синюшного цвета с коричневатым оттенком, в два раза превышает размеры левой половой губы. При надавливании ямки не образуется.

Анамнез: замужем, внебрачную половую жизнь отрицает. Был вызван муж, клинических проявлений у которого не выявлено, но серологические реакции положительны.

**ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗЫ У ПАРТНЕРОВ.**

**Эталон ответа к задаче №5**

Диагноз первичный серопозитивный сифилис (положительные серореакции, атипичный твёрдый шанкр в виде индуративного отёка). Диагноз мужа – ранний скрытый сифилис (отсутствие клинических проявлений сифилиса при положительных серологических реакциях).

#### **Задача №6**

В хирургическое отделение поступил мужчина с диагнозом “распавшаяся флегмона в области нижней трети живота”. Назначено общее (пенициллин) и местное (антимикробное) лечение.

Анамнез: 4 недели назад имел случайную защищённую (презерватив) половую связь.

При осмотре: в области лобка расположена язва диаметром 7 см, дно язвы покрыто грануляциями, местами гнойный налёт, края пологие. Пальпируются паховые и бедренные лимфоузлы размером с косточку вишни. В отделяемом из язвы обнаружена спирохета. Серологические реакции - отрицательные.

**ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗ.**

#### **Эталон ответа к задаче №6**

Диагноз: первичный серонегативный сифилис (выявлена спирохета, экстрагенитальный твёрдый шанкр).

#### **Задача №7**

Кабинетом медосмотров направлена к венерологу воспитательница детского сада, у которой на очередном осмотре выявлены положительные серологические реакции.

Анамнез: разведена, половые связи случайные.

Осмотр: кожные покровы и видимые слизистые от высыпаний свободны. При гинекологическом осмотре в зеркалах – в области шейки матки выявлена эрозия, с поверхности которой выделены бледные спирохеты. Лимфоузлы не увеличены.

**ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗ. ЭПИД. МЕРОПРИЯТИЯ.**

#### **Эталон ответа к задаче №7**

Диагноз: первичный серопозитивный сифилис (обнаружение спирохет, шанкр шейки матки). Назначить специфическое лечение больной и превентивное лечение контактным лицам.

#### **Задача №8**

К хирургу районной больницы обратился мужчина по поводу возникших болей в области анального отверстия при дефекации в течение двух недель.

Осмотр: кожные покровы чистые, в области сфинктера анального отверстия – несколько геморроидальных варикозных венозных узлов. С диагнозом “геморрой” больной поступил в хирургическое отделение. При подготовке к хирургическому вмешательству при осмотре с помощью ректальных зеркал на слизистой прямой кишки, на 2 см выше анального отверстия обнаружена язва размером с однокопеечную монету на плотном инфильтрированном основании. Дно язвы представлено некротической тканью и частично покрыто гнойным налётом. Пальпация язвы болезненна. Серологические реакции положительные.

Анамнез: разведен, в течение последних лет поддерживает гомосексуальные отношения.

После первых инъекций пенициллина отмечается подъем температуры до 38,7 градусов, обильная пятнистая сыпь на туловище.

**ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗ. ОБЪЯСНИТЕ РЕАКЦИЮ ПОСЛЕ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ.**

#### **Эталон ответа к задаче №8**

Диагноз: вторичный свежий сифилис (положительные серореакции, розеолезная сыпь туловища, остатки твёрдого шанкра прямой кишки). Подъем температуры после начала лечения обусловлен реакцией обострения Герксгеймера.

#### **Задача №9**

Женщина направлена к венерологу на консультацию по поводу положительных серологических реакций, выявленных в кабинете медосмотров при устройстве на работу.

Жалоб не предъявляет. Больной себя не считает. При осмотре проявлений сифилиса на коже и слизистых не выявлено.

Анамнез: не замужем, половые связи редкие. Чуть более года назад была прооперирована по поводу желчно-каменной болезни. Серологические реакции, с её слов, были отрицательные.

Кроме того, страдает хронической пневмонией, циррозом печени.

**ТАКТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

#### **Эталон ответа к задаче №9**

С учётом выраженной соматической патологии необходимо исключение ложноположительных серореакций на сифилис (исследование в динамике КСР, ИФА, РПГА, консультации смежных специалистов).

### **Задача №10**

На консультацию к венерологу направлена женщина, беременность – 21-22 недели. Была выявлена впервые при постановке на учет в женской консультации по положительным серологическим реакциям.

Анамнез: замужем. Муж – обследован, клинических и серологических признаков сифилиса не выявлено. Последняя половая связь с женой 2 месяца назад. Самолечение отрицает.

При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые от высыпаний свободны. КСР –1(+).

**ТАКТИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ.**

#### **Эталон ответа к задаче №10**

Для дифференциального диагноза сифилиса и ложноположительных серореакций необходимо исследование реакций в динамике (КСР, ИФА, РПГА, РИТ, РИФ), УЗИ плода.

### **Тема 8**

#### **Задача № 1.**

Больной К., 16 лет, учащийся колледжа, имеет постоянное место жительства, поступил в венерологическое отделение с жалобами на гнойные выделения из уретры и рези при мочеиспускании. Болен 10 дней. Имел половой контакт со случайной партнершей, через 6 дней после чего появились гнойные выделения из уретры и рези при мочеиспускании. С этими явлениями обратился в кожно-венерологический диспансер, где при исследовании в мазках из уретры был обнаружен гонококк.

При поступлении состояние удовлетворительное, губки наружного отверстия уретры гиперемированы, отечны, уретра пальпируется в виде мягко-эластического тяжа, выделения из нее обильные, гнойные. Наружные половые органы без особенностей, предстательная железа при пальпации не изменена. Мочеиспускание свободное, частое, умеренно болезненное. Макроскопическое исследование мочи: обе порции диффузно мутные. Микроскопическое исследование мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения. Микроскопическое исследование мазков отделяемого слизистой оболочки уретры: лейкоцитоз и гонококки. Общий анализ крови: Нb142 г/л, лейкоциты -  $5,4 \times 10^9$  /л, СОЭ 6 мм в час. Комплекс серологических реакций на сифилис отрицателен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение больному.
3. В чем заключается метод комбинированной провокации?
4. Надо ли проводить этому больному превентивное лечение от сифилиса?

#### **Эталон ответа к задаче №1**

1. У больного свежая неосложненная гонорея, острый тотальный уретрит.
2. Для лечения этого больного можно рекомендовать бензил-пенициллин в курсовой дозе 3,4 млн ЕД: первая инъекция 600 000 ЕД, последующие 400 000 ЕД с интервалом 3 ч без ночного перерыва, или спектиномицин 2,0 г внутримышечно однократно.
3. Комбинированная провокация - это чаще всего сочетание биологической (500 млн микробных тел гонококка внутримышечно), химической (инстилляция в уретру 0,5 % раствора нитрата серебра) и алиментарной (острая, соленая пища) провокаций.
4. Больному гонореей с невыявленным источником заражения, но имеющим постоянное место жительства, превентивное лечение не проводится, клинико-серологический контроль осуществляется в течение 3-х месяцев.

#### **Задача № 2.**

Через неделю после полового акта с незнакомой женщиной больной Г., 28 лет, почувствовал боль и жжение при мочеиспускании, гнойные выделения из уретры.

При осмотре: губки уретры гиперемированы, отечны. Из мочеиспускательного канала стекают обильные гнойные выделения. При проведении двухстаканной пробы Томпсона помутнение мочи первой порции. В мазках, окрашенных по Грамму обнаружены гонококки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте лечение.
3. Меры профилактики.

#### **Эталон ответа к задаче №2**

1. Свежая неосложненная гонорея, острый передний уретрит.

2. Для предупреждения аллергических реакций рекомендуется за 20-30 минут до введения антибиотика назначить антигистаминные препараты (тавегил, фенкарол и др.). Далее назначить антибиотик: цефтриаксон 250 мг однократно внутримышечно.

3. Меры профилактики:

1. исключение случайных половых контактов
2. использование средств индивидуальной профилактики
3. соблюдение правил личной и трудовой гигиены
4. обследование и лечение половых партнеров

### **Задача № 3.**

Больной Б, 39 лет, холост, обратился в РКВД с жалобами на скудные выделения из уретры в виде "утренней капли" и непостоянные боли в области промежности и крестца. Болен около года, когда после случайной половой связи появились выделения из уретры. Лечился амбулаторно по поводу свежего гонорейного уретрита препаратами пенициллина, после чего наблюдались явления постгонорейного уретрита, получал тетрациклин, трихопол в больших дозах длительными курсами. Наблюдалось некоторое улучшение. Направлен в РКВД в связи с безуспешностью терапии.

Объективно: Кожные покровы свободны от высыпаний, половые органы развиты правильно по мужскому типу. При осмотре отмечается небольшая отечность губок наружного отверстия уретры и скудные слизистые выделения. Моча в первой порции и во второй порции прозрачная и содержит единичные слизисто-гнойные нити. При исследовании простаты через прямую кишку изменений не определяется.

Вопросы:

1. Можно ли поставить диагноз?
2. Какие дополнительные исследования следует сделать?
3. Окончательный диагноз?
4. Назначьте лечение больному (методом ПИФ с моноклональными антителами обнаружены в соскобе из уретры хламидии).
5. Каковы критерии излеченности при хламидиозе?

### **Эталонные ответы к задаче №3**

1. У больного хронический тотальный уретрит и хронический катаральный простатит.
2. Для выяснений этиологии воспаления следует провести исследование на весь спектр возбудителей ЗППП. При исследовании соскоба из уретры: гонококки, трихомонады, уреоплазмы не найдены. Обнаружены методом ПИФ с моноклональными антителами хламидии.
3. Окончательный диагноз: Хронический хламидийный тотальный уретрит, хронический хламидийный катаральный простатит.
4. Лечение хронического хламидиоза: иммуномодулятор Миелопид в/м по 1 дозе 1 раз в день в течение 3-5 дней, затем Вильпрафен (Джозамицин) по 500 мг 2 раза в день - 15 дней. Параллельно назначают пероральные зубиотики (ацилакт, бификол) до 30 дней по 5 доз на прием 1 раз в день. Индуктотермия промежности
5. Контроль излеченности урогенитального хламидиоза проводится по суммарным клинико-лабораторным показателям. Критериями излеченности является: исчезновение клинических симптомов заболевания, отсутствие морфологических изменений в области пораженных органов, Элиминация возбудителя. Излеченными считаются больные, у которых клиническое выздоровление сочетается с этиологическим. 1 контроль проводится сразу после окончания лечения. Если обнаруживаются единичные элементарные тельца, то курс лечения может быть продлен не более, чем на 10 дней. Дальнейший клинико-лабораторный контроль проводится 1 раз в месяц в течение 1-2 месяцев.

### **Задача № 4**

Больной В., родился от второй беременности. Беременность протекала с явлениями токсикоза, закончилась преждевременными родами на 37 неделе беременности. Мальчик родился массой 3,0 кг, длиной 52 см. К груди приложили на 3 сутки, сосал вяло. На 6 день у новорожденного появился двусторонний отек век, сужение глазной щели, обильные слизистые и гнойные выделения. Конъюнктивы век резко гиперемизированы, инфильтрированы. При рождении ребенку была проведена профилактика гонорейи 30% раствором сульфацила натрия. При исследовании отделяемого из глаз на гонококки результат отрицательный. Лечение сульфацилом натрия безуспешно. При исследовании соскоба с конъюнктивы ребенка и соскоба из шейки матки у матери методом прямой иммунофлюоресценции обнаружены хламидии.



Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каков путь заражения?
3. Методы профилактики офтальмохламидиоза?
4. Назначьте лечение больному.

**Эталонные ответы к задаче №4**

1. У новорожденного офтальмохламидиоз (конъюнктивит с включениями). У матери хронический хламидийный эндоцервицит.
2. Заражение - при прохождении через родовые пути матери.
3. Меры профилактики - обследование беременных на хламидийную инфекцию, лечение хламидиоза у беременных.
4. Лечение: новорожденного: 2% глазная эритромициновая мазь закладывается 3 раза в день за нижнее веко - в течение 7 дней.

Лечение матери - эритромицин по 500 мг через 6 часов - 14 дней, или Вильпрафен (джозамицин) по 500 мг 2 раза в день - 15 дней. Эубиотики внутрь, иммуномодулятор Миелопид, гино-певарил в свечах интравагинально - для профилактики кандидоза.

**Задача № 5**

Ребенок X, 9 лет заболел 8 сентября 2006 года, когда повысилась температура тела до 39,2°, появился двусторонний конъюнктивит и дизурические расстройства (рези при мочеиспускании и его учащение, особенно в ночное время). Через несколько дней начались боли в левом коленном суставе, сопровождающиеся отеком и гиперемией этой области. 12 сентября госпитализирован в травматологическое отделение с диагнозом: травматический артрит. При поступлении отмечалось повышение лейкоцитов  $10 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 52 мм/час, СРБ ++++. На пораженный сустав была наложена гипсовая повязка. Однако через 2 дня возникла боль, отек и гиперемия в правом коленном суставе, и ребенок был переведен в ревматологическое отделение детской больницы. При поступлении состояние средней тяжести, ходит с трудом, щадя конечности. Область обоих коленных суставов отечна, суставы значительно увеличены в объеме (правый коленный сустав диаметром 29 см, левый - 30 см), кожа над пораженными суставами горячая на ощупь, но не гиперемирована. Выраженная атрофия мышц обоих бедер и голеней. На слизистой мягкого и твердого неба и головке полового члена округлые эрозии с четкими краями и желтоватой поверхностью без гнойного отделяемого. Губки уретры не изменены, свободных выделений из уретры нет. Предстательная железа диаметром около 1 см с четкими контурами эластической консистенции. В соскобе из уретры лейкоциты покрывают все поле зрения, в центрифугате мочи после массажа предстательной железы лейкоцитов 15-20 в поле зрения. Элементарные тельца хламидий обнаружены в соскобе из уретры, с поверхности эрозий на твердом небе и половом члене.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Где следует искать источник заражения?
3. Каковы пути заражения детей?
4. Какое лечение следует назначить больному?

**Эталонные ответы к задаче №5**

1. У ребенка болезнь Рейтера (конъюнктивит, уретрит, реактивный артрит, цирциарный баланит, эрозии слизистой полости рта). Обнаружены хламидии в соскобах из уретры, с эрозий на твердом небе и половом члене.
2. Необходимо обследовать семью. Как правило у родителей таких детей имеется хроническая форма урогенитального хламидиоза.
3. Возможно инфицирование новорожденных при прохождении через родовые пути матери, больной урогенитальным хламидиозом, редко - внутриутробное заражение. Возможен бытовой путь - от больных родителей и половой путь (у детей более старшего возраста). Хламидии могут неопределенно долго сохраняться в мочеполовых органах, конъюнктиве, ротоглотке.
4. В комплекс препаратов должны входить антибиотики, к которым чувствительны хламидии - детям предпочтительнее из группы макролидов: эритромицин, эрициклин, сумамед (1 день - 250 мг, со второго дня - 125 мг однократно - 21 день). Ровамицин - из расчета 1,5 млн. МЕ/ 10 кг массы тела в сутки, 2-3 раза в день - 21 день. В патогенетическую терапию должны быть включены нестероидные противовоспалительные препараты - индометацин, возможно применение кортикостероидов, делагила, местно - цидипол.

### **Задача № 6.**

Больная Б., 30 лет состоит 3 года в бесплодном браке. Обратилась в женскую консультацию с жалобами на ощущение влажности в половых органах, небольшие боли в пояснице при менструациях. Объективно: свободных выделений из уретры нет. При осмотре гинекологическим зеркалом слизистая влагалища не изменена, шейка матки отечна, из цервикального канала - умеренные слизисто-гнойные выделения, вокруг наружного зева имеется яркое красное пятно, являющееся проявлением эндоцервицита, с четким наружным краем. При бимануальном исследовании матка и придатки не увеличены. При обследовании мужа - выявлен хронический уретрит, катаральный простатит. При исследовании соскоба из уретры у мужа и цервикального канала женщины обнаружены микоплазмы методом иммунофлюоресценции с моноклокальными антителами. Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Может ли он быть причиной бесплодия?
3. Какие выводы можно сделать из данного случая?
4. Назначьте лечение.

### **Эталонные ответы к задаче №6**

1. У больной хронический микоплазменный эндоцервицит. У мужа-хронический уретрит и простатит той же этиологии
2. Да, может
3. Обследоваться на спектр ИППП, в том числе и на микоплазмоз, должны все женщины с симптомами воспалительных заболеваний уrogenиталий, особенно с сопутствующим бесплодием.
4. Лечение: доксициклин -1-й прием 0,2 г. Далее 0,1 x 2 раза в сутки 14 дней, фторхинолоны: офлоксацин 0,4 г 1 раз в сутки 7 дней - обоим половым партнерам.

### **Задача № 7.**

Больной Б., 20 лет обратился в клинику РКВД с жалобами на обильные выделения из уретры, рези при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание и рези в конце его, болезненные эрекции. Заболел остро 2 дня назад, заболевание связывает со случайной половой связью 12 дней назад.

Об-но: кожа половых органов и перианальной области свободна от высыпаний. Половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Из уретры обильное гнойное отделяемое, губки наружного отверстия уретры резко гиперемированы, отечны, уретра гиперемирована, болезненная при пальпации. Половой член в полуэрегированном состоянии. При пальпации органов мошонки патологии нет. При пальпаторном обследовании простаты - изменений нет. При проведении двухстаканной пробы моча мутная в двух стаканах, имеются гнойные нити и хлопья. При исследовании мазков из уретры на гонококки, трихомонады, мазка мочи на трихомонады (осадка мочи) и соскоба на хламидии и бактериологическом исследовании на уреоплазму обнаружены гонококки и уреоплазма.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каковы клинические особенности смешанных инфекций уrogenиталий?
3. Назначьте лечение данному больному.

### **Эталонные ответы к задаче №7**

1. Диагноз свежий острый тотальный гонорейно-уреоплазменный уретрит.
2. Для смешанных инфекций характерно удлинение инкубационного периода и более частое поражение всей уретры (тотальный уретрит).
3. При лечении больных свежими острыми и подострыми формами смешанной гонорейно-уреоплазменной инфекции рекомендуется применение доксициклина по схеме: 0,3 г - 1 прием, второй прием через 6 часов, все последующие приемы - через 12 часов по 0,1 г, курс лечения 8-10 дней. Одновременно внутрь - фермент ораза по 0,2 г x 3 раза в день.

### **3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя зачет**

#### **Вопросы к зачету (ОПК-5,ОПК-6,ПК-6,ПК-8,ПК-10):**

1. Анатомия кожи. Строение слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ.
2. Физиология и основные функции кожи
3. Основные патологические процессы, происходящие в коже и слизистых и их роль в образовании элементов сыпи.
4. Морфологические элементы (первичные и вторичные), их клинические особенности, в том числе при локализации на губах и слизистой оболочке полости рта.
5. Методика обследования дерматологического больного.

6. Специальные дерматологические методы исследования.
7. Субъективные жалобы больного с кожным заболеванием.
8. Хейлиты. Определение. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
9. Кожный зуд. Понятие об общем (универсальном) и локализованном кожном зуде. План обследования пациентов для выявления причины зуда. Принципы терапии.
10. Крапивница. Определение. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
11. Атопический дерматит. Этиология, патогенез. Понятие об атопии. Клинические проявления атопического дерматита. Принципы лечения: общее, наружное, физиотерапия, санаторно-курортное.
12. Дерматиты. Классификация. Простой контактный дерматит. Дерматиты от контакта с растениями (фитодерматиты) и от укусов насекомых. Лечение, профилактика.
13. Склеродермия. Клинические формы. Лечение, профилактика. Диспансерное наблюдение.
14. Эритематоз. Этиология, патогенез: роль аутоиммунных реакций в патогенезе красной волчанки, а также роль экзо- и эндогенных факторов, провоцирующих заболевание. Классификация (острая или системная и хроническая). Клиника хронической красной волчанки. Принципы лечения. Профилактика. Диспансеризация больных.
15. Пиодермии. Определение. Стафилококковые пиодермиты. Классификация, клиника, принципы лечения.
16. Стрептококковые пиодермиты. Классификация, клиника, принципы лечения.
17. Смешанные пиодермиты. Классификация, клиника, принципы лечения.
18. Чесотка. Возбудитель. Условия заражения. Клиника, осложнения, методы лечения, профилактика.
19. Кандидоз слизистой оболочки полости рта. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
20. Основные принципы общей и местной терапии.
21. Синдром Лайелла. Клиника и течение токсикодермии на слизистой оболочке полости рта и губах, дифференциальная диагностика с пузырьными дерматозами, герпесом, многоформной экссудативной эритемой.
22. Герпетиформный дерматит Дюринга. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
23. Аллергические контактные дерматиты. Патогенез. Клинические проявления, диагностика, лечение и профилактика.
24. Многоформная экссудативная эритема. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
25. Педикулёз (головной, платяной, лобковый). Этиология. Клиника, осложнения, методы лечения, профилактика.
26. Токсикодермии. Определение. Этиология, патогенез. Общая характеристика токсикодермий. Лечение и профилактика различных форм токсикодермий.
27. Экзема. Определение. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
28. Красный плоский лишай. Этиология, патогенез, клиническая характеристика. Изоморфная реакция. Гистопатологические особенности. Принципы лечения.
29. Вирусные заболевания. Классификация. Бородавки. Контагиозный моллюск. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
30. Простой пузырьковый лишай. Этиология, патогенез. Клинические формы, диагностика, лечение.
31. Опоясывающий лишай. Этиология, патогенез. Клинические формы, диагностика, лечение.
32. Классификация пузырьных дерматозов. Истинная пузырчатка. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
33. Псориаз. Этиология, патогенез. Клинические формы и стадии развития заболевания. Сезонность. Изоморфная реакция. Диагностические феномены, их гистопатологические особенности. Принципы общей и местной терапии. Зависимость лечения от стадии болезни. Профилактика рецидивов.
34. Классификация микозов.

35. Рубромикоз. Этиопатогенез. Клинические формы. Клиника, диагностика, современные методы лечения, профилактика.
36. Трихофития поверхностная и хроническая. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика поражений волосистой части головы, гладкой кожи и ногтей. Диагностика, лечение.
37. Трихофития инфильтративно-нагноительная. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика поражений, волосистой части головы, гладкой кожи и ногтей. Диагностика, лечение.
38. Трихофития инфильтративно-нагноительная. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика поражений, волосистой части головы, гладкой кожи и ногтей. Диагностика, лечение.
39. Микроспория. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика поражений волосистой части головы, гладкой кожи и ногтей. Диагностика, лечение.
40. Заболевания, передаваемые половым путём. Основные этапы развития венерологии. Современная классификация заболеваний, передаваемых половым путём. Социальные аспекты венерических болезней. Вопросы деонтологии.
41. Гонорея. Возбудитель: морфологические и биологические свойства, пути заражения. Инкубационный период гонореи. Классификация гонореи. Клиника острого и хронического гонорейного уретрита у мужчин, методы диагностики, лечение.
42. Негонококковые уретриты. Понятие об урогенитальном хламидиозе и трихомониозе. Принципы лечения.
43. Сифилис. Бледная трепонема: её морфологические и биологические особенности. Условия и способы заражения. Иммуитет при сифилисе, реинфекция, суперинфекция. Общее течение сифилиса, периодизация сифилиса. Классификация сифилиса. Инкубационный период и причины, влияющие на его продолжительность.
44. Первичный период сифилиса. Атипичные твердые шанкры. Особенности клинической картины твердого шанкра в области губ, языка, дёсен, миндалин, переходных складок слизистой полости рта и их дифференциальная диагностика. Полиаденит. Осложнения первичной сифиломы. Первичный серонегативный и серопозитивный сифилис.
45. Вторичный период сифилиса: клиника, течение. Клинические особенности пятнистых, папулезных и пустулезных сифилидов. Поражения внутренних органов, нервной системы, опорно-двигательного аппарата. Дифференциальный диагноз.
46. Сифилитическая алоpecia, лейкодерма. Клинические разновидности, диф. диагностика.
47. Третичный период сифилиса (активный, скрытый). Клиника, течение. Клинические особенности бугоркового и гуммозного сифилидов. Поражение костей, суставов, внутренних органов и нервной системы. Дифференциальный диагноз.
48. Висцеральный, скрытый сифилис.
49. Диагностика и лечение сифилиса.
50. Врожденный сифилис. Определение. Пути передачи инфекции потомству. Социальное значение врожденного сифилиса. Влияние сифилиса на течение и исход беременности. Сифилис плаценты и плода.
51. Поздний врожденный сифилис. Достоверные признаки.
52. Вероятные признаки и стигмы позднего врожденного сифилиса.
53. Дерматологические аспекты СПИДа. Профилактика ИППП.

#### **4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.**

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении студентами дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой разделов (тем) учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение студентами необходимыми компетенциями. Результат аттестации студентов на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций студентами.

**4.1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы в рамках учебной дисциплины. Критерии оценивания сформированности компетенций на разных этапах их формирования**

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-5	способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	<b>Знать:</b> этиологию, патогенез, диагностику, клинические проявления, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний
		<b>Уметь:</b> использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Обучающийся демонстрирует сформированное умение использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов
		<b>Владеть:</b> Методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Показатели оценивания компетенций	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-6	готовностью к ведению	<b>Знать:</b> Правила ведения медицинской документации на	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания правил	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические

	медицинской документации	различных этапах оказания медицинской помощи	ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи
		<b>Уметь:</b> Грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями	Обучающийся демонстрирует сформированное умение грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями
		<b>Владеть:</b> Навыками заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-6	способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	<b>Знать:</b> Основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра
		<b>Уметь:</b> применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра в своей профессиональной деятельности	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	Обучающийся демонстрирует сформированное умение применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности

		<b>Владеть:</b> навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины
--	--	--	--	---

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	<b>Знать:</b> Особенности течения и возможные осложнения при различной патологии	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии
		<b>Уметь:</b> Исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения, исходя из особенностей течения заболевания, выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Обучающийся демонстрирует сформированное умение, исходя из особенностей течения заболевания, выбирать оптимальную тактику ведения пациентов
		<b>Владеть:</b> Навыками составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-10	готовностью к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	<b>Знать:</b> Алгоритмы диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний
		<b>Уметь:</b> Оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Обучающийся демонстрирует сформированное умение оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний
		<b>Владеть:</b> Навыками оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины



## 4.2. Шкала и процедура оценивания

### 4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	текущий контроль, промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, выполнение рефератов, презентаций, решение ситуационных задач, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни

### 4.2.2 Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

#### Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

#### Для стандартизированного тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

#### Для оценки рефератов:

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

#### Для оценки презентаций:

Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации.

Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

#### **Для оценки решения ситуационной задачи:**

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

#### **Для разбора тематического больного:**

❖ **Отлично** – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

❖ **Хорошо** – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

❖ **Удовлетворительно** – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

❖ **Неудовлетворительно** – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

#### **Для курации больного:**

❖ **Отлично**- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

❖ **Хорошо** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

❖ **Удовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для

проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

❖ **Неудовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

**Для разбора истории болезни:**

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

#### **4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации**

##### **Критерии оценивания зачета (в соответствии с п.4.1.)**

«Зачтено» выставляется при условии, если у студента сформированы заявленные компетенции, он показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» выставляется при несформированности компетенций, при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительной.