

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России  
Должность: ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России  
Дата подписания: 29.09.2023 14:58:28  
Уникальный программный код:  
123d1d365abac3d0cd5b93c39c0f17a00bb07446

Федеральное государственное  
бюджетное образовательное  
учреждение высшего  
образования  
«Волгоградский  
государственный  
медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»  
Директор Института НМФО  
Н.И. Свиридова  
«29» *августа* 2023 г.  
ПРИНЯТО  
на заседании ученого совета  
Института НМФО  
№ 1 от «29» *августа* 2023 г.

**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по практике.**

Наименование дисциплины: **Дерматовенерология**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.32 Дерматовенерология.**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-дерматовенеролог**

Кафедра: **Кафедра педиатрии и неонатологии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2020,2021, 2022, 2023 года поступления  
(актуализированная редакция)

**Разработчики программы:**

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Щава С.Н.	Доцент кафедры педиатрии и неонатологии ИНМФО	к.м.н./доцент	Педиатрии и неонатологии Института НМФО
2.	Ерёмина Г.В.	Ассистент кафедры педиатрии и неонатологии ИНМФО		Педиатрии и неонатологии Института НМФО

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа ординатуры (уровень подготовки кадров высшей квалификации) по специальности 31.08.32 - Дерматовенерология.

**Рабочая программа обсуждена** на заседании кафедры протокол №6 от «01» 06 2023 года

Заведующий кафедрой педиатрии и неонатологии Института НМФО,  
д.м.н., профессор \_\_\_\_\_ И.Н. Шишиморов

**Рецензент:** заведующий кафедрой дерматовенерологии ФГБОУ ВО Северо-Осетинской государственной медицинской академии Минздрава России д.м.н. В.Т. Базаев

**Рабочая программа согласована** с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол №1 от «29» 08 2023 года

Председатель УМК \_\_\_\_\_ М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики \_\_\_\_\_ М.Л. Наumenко

**Рабочая программа утверждена** на заседании Ученого совета Института НМФО протокол №1 от «29» 08 2023 года

Секретарь Ученого совета \_\_\_\_\_ В.Д. Заклякова

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ  
(КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКЕ.**

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ  
СРЕДСТВ**

п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
	Контрольные вопросы	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Перечень контрольных вопросов	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
	Тестовые задания	Система заданий, позволяющая	Фонд тестовых заданий	Критерии оценки вопросов теста в

		стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.		зависимости от типов формулируемых вопросов.
	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
	Индивидуальные задания	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой	Темы рефератов	<b>Содержательные:</b> соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной

		<p>проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.</p>	<p>части); аргументированно сть собственной позиции; корректность формулируемых выводов. <b>Формальные:</b> объем работы составляет от 20 до 30 страниц; форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал); соответствие стиля изложения требованиям научного жанра; грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация); перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).</p>
--	--	---	--

Оценки отлично (5), хорошо (4), удовлетворительно (3): зачтено

Оценка неудовлетворительно (2): не зачтено

### Собеседование по контрольным вопросам

Оценка	Описание
Отлично	Обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
Хорошо	Обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
Удовлетворительно	Обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
Неудовлетворительно	Обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

### Решение ситуационных задач, разбор клинических случаев

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все

<b>Оценка</b>	<b>Описание</b>
	требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

### **Тестовые задания**

<b>Границы в процентах</b>	<b>Оценка</b>
85-100	Отлично
65-84	Хорошо
55-64	Удовлетворительно
0-54	Неудовлетворительно

### **А) ФОС для базовой части производственной (клинической) практики**

#### **Темы индивидуальных заданий**

1. определить показания к госпитализации, организовать ее в соответствии с состоянием больного; провести дифференциальную диагностику основных дерматовенерологических заболеваний, обосновать клинический диагноз;
2. разработать схему, план и тактику ведения больного в сложных клинических случаях, обосновать дифференциальный диагноз, показания и противопоказания к назначению специфической и неспецифической терапии;
3. определить необходимость специальных лабораторных методов исследования, организовать их выполнение и провести интерпретацию их результатов;
4. провести дифференциальную диагностику аллергических и атопических заболеваний (крапивница, экзема, токсикодермия, аллергический контактный дерматит, атопический дерматит и др.);
5. организовать перевод больных в профильные больницы и стационары;
6. использовать методики распознавания и лечения следующих неотложных состояний: гипертонический криз; острая сосудистая недостаточность, шоковые состояния, коллапс, обморок; острая левожелудочковая и правожелудочковая недостаточность, отек легких; анафилактический шок, отек Квинке и другие острые аллергические реакции;

- сепсис;
7. организовать комплексную реабилитацию больных дерматовенерологическими заболеваниями в стационарных, амбулаторных условиях;
  8. обосновать назначение необходимых лабораторно-инструментальных исследований;
  9. оценить результаты лабораторных исследований в диагностике патологического процесса и определении его активности;
  10. обосновать показания к назначению больному дерматовенерологическим заболеванием антибактериальных препаратов, глюкокортикостероидов, цитостатиков;
  11. разработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии при различных дерматовенерологических заболеваниях;
  12. провести комплексное лечение больного с учетом соматического состояния пациента, включающее режим, диету, медикаментозные средства, заместительную и поддерживающую терапию, физиотерапию.

### **Вопросы для устного собеседования**

1. Методика осмотра, опроса дерматовенерологического больного и оформление истории болезни.
2. Вспомогательные клинические исследования в дерматологии (дермографизм, псориазная триада, диаскопия, симптом Никольского, проба Ядассона, симптом Унны).
3. Исследование тактильной, болевой, тепловой и холодовой чувствительности.
4. Курация дерматовенерологических больных.
5. Описание локального статуса.
6. Составление плана обследования больного.
7. Лабораторные критерии диагностики (микроскопия, гистология, гистохимия, биохимия).
8. Методика применения наружных лекарственных средств.
9. Освоение применения различных форм наружных лекарственных средств, в зависимости от характера, локализации воспалительного процесса.
10. Освоение применения примочки при остром, экссудативном воспалении кожи.



12. Выписка, оформление рецептов основных лекарственных средств, применяемых в дерматологии.
13. Исследования отделяемого на бледную терапию.
14. Постановкой серологических реакций.
11. Методика лабораторной диагностики урогенитальных инфекций.
12. Забор отделяемого материала, приготовление мазков, нативных препаратов для исследования при урогенитальных инфекциях.
13. Микроскопическое исследование урогенитальных инфекций.
14. Культуральный метод исследования диагностики урогенитальных заболеваний.

### **Тестовые задания.**

1. В ПАТОГЕНЕЗЕ РОЗАЦЕА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ:
  - 1) **ангионевроз**
  - 2) гистаминолиберализация
  - 3) сухость кожи
  - 4) непереносимость глютена
2. ПЕРВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ
  - 1) **в 2-3-месячном возрасте**
  - 2) после 1 года
  - 3) в дошкольном возрасте
  - 4) с рождения
3. ПРИ АРТРОПАТИЧЕСКОМ ПСОРИАЗЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ
  - 1) **нестероидные противовоспалительные препараты**
  - 2) витамины группы В
  - 3) иммуномодуляторы
  - 4) пенициллин и преднизолон
4. ТИПИЧНЫЕ ПАПУЛЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ
  - 1) **плоские, полигональные, розово-сиреневого цвета, с восковидным блеском**
  - 2) ярко-красного цвета, с чёткими границами, различной формы
  - 3) плоские, бледно-розового цвета, с муковидным шелушением
  - 4) плоские, красного цвета, с пластинчатым шелушением

5. СИНОНИМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ:
- 1) **детская экзема**
  - 2) детская крапивница
  - 3) детская почесуха
  - 4) нейродермит
6. К ТЯЖЁЛОЙ ФОРМЕ ПСОРИАЗА ОТНОСИТСЯ:
- 1) **псориагическая эритродермия**
  - 2) себорейный псориаз
  - 3) пустулёзный псориаз Барбера
  - 4) ладонно-подошвенный псориаз
7. ТЕЛЕАНГИЭКТАТИЧЕСКАЯ ФОРМА ПИГМЕНТНОЙ КРАПИВНИЦЫ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ
- 1) **исключительно у взрослых больных**
  - 2) в любом возрасте с одинаковой частотой
  - 3) в пубертатный период
  - 4) в детском возрасте
8. КОЛЬЦЕВИДНАЯ ГРАНУЛЕМА ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
- 1) **сахарном диабете**
  - 2) гипертонической болезни
  - 3) бронхиальной астме
  - 4) аритмии
9. ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ЭНТЕРОПАТИЧЕСКОГО АКРОДЕРМАТИТА:
- 1) **врожденное нарушение всасывания цинка в двенадцатиперстной кишке**
  - 2) ферментопатия ЖКТ
  - 3) склонность к дисбиозу кишечника
  - 4) надпочечниковая недостаточность
10. ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АУТОИММУННЫЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ:
- 1) **отложение Ig G в области межклеточных контактов шиповатого слоя**
  - 2) повышение уровня Ig E в сыворотке крови
  - 3) появление антиядерных аутоантител
  - 4) отложение Ig A в области базальной мембраны и сосочкового слоя дермы

11. ДЛЯ СИНДРОМА НЕТЕРТОНА ХАРАКТЕРНО:

- 1) **дистрофия волос**
- 2) дистрофия ногтей
- 3) кератодермия
- 4) отсутствие эккринных потовых желёз

12. САРКОМА КАПОШИ ПРИ СПИДЕ (ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ФОРМА), В ОТЛИЧИЕ ОТ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ, КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМЫ, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) **локализацией на голове, шее, лице, во рту**
- 2) преимущественной локализацией на нижних и верхних конечностях
- 3) постепенным медленным развитием и распространением элементов
- 4) постепенным появлением болезненности в местах давления на подошвах

13. ВУЛЬГАРНЫЙ ИХТИОЗ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С

- 1) **атопическим дерматитом**
- 2) псориазом
- 3) экземой
- 4) вульгарными акне

14. АТОПИЯ - ЭТО:

- 1) **врождённая гиперчувствительность без сенсibilизации**
- 2) идиосинкразия
- 3) моновалентная сенсibilизация
- 4) поливалентная сенсibilизация

15. ПРИ ИХТИОЗИФОРМНЫХ ЭРИТРОДЕРМИЯХ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ

- 1) **сразу после рождения**
- 2) через 2 месяца после рождения
- 3) противопоказано
- 4) на 2 году жизни

16. РУБЦУЮЩИЙСЯ ПЕМФИГОИД ЯВЛЯЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ:

- 1) **неакантолитической пузырьчатки**
- 2) акантолитической пузырьчатки
- 3) герпетиформного дерматита Дюринга
- 4) врождённого буллёзного эпидермолиза

17. ТИПИЧНЫЕ ПИГМЕНТАЦИИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ НЕЙРОФИБРОМАТОЗЕ (БОЛЕЗНИ РЕКЛИНГХАУЗЕНА) ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) **постепенным увеличением числа "кофейных" пятен (не менее 6)**
- 2) появлением пигментаций после инсоляций
- 3) темным цветом пигментаций и обильных волос на их поверхности
- 4) пигментациями с периферической депигментацией

18. НЕВУС СЕТТОНА - ЭТО

- 1) **периневоидная лейкодерма (периневоидное витилиго)**
- 2) анемический невус
- 3) сосудистый невус
- 4) голубой невус

19. В ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА РАЗЛИЧАЮТ

- 1) **три стадии возрастной динамики эволюции**
- 2) три стадии в зависимости от осложнений
- 3) сезонные стадии
- 4) стадийности нет

20. Ониходистрофии Часто Возникают При

- 1) **красном волосяном лишае Девержи**
- 2) атопическом дерматите
- 3) экзематозной эритродермии
- 4) склеродермии

21. ПУСТУЛЁЗНЫЙ ПСОРИАЗ БАРБЕРА

- 1) **отличается торпидностью к лечению**
- 2) относится к тяжёлым формам
- 3) характеризуется генерализованными высыпаниями
- 4) сопровождается системными симптомами

22. СКЛЕРЕДЕМЕ БУШКЕ ПРЕДШЕСТВУЕТ

- 1) **инфекционные заболевания**
- 2) заболевания аллергического генеза
- 3) эндокринные заболевания
- 4) травмы и отравления

23. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ:

- 1) **увеличение уровня Ig E**
- 2) увеличение уровня Ig A
- 3) увеличение уровня Ig B
- 4) увеличение уровня Ig G

24. ДЛЯ ВРОЖДЁННОГО БУЛЛЁЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА ХАРАКТЕРНО:

- 1) **образование пузырей в местах травмы**
  - 2) связь с заболеванием ЖКТ
  - 3) выздоровление к периоду полового созревания
  - 4) расположение пузыря внутри эпидермиса
25. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ЦЕНТРОБЕЖНОЙ ЭРИТЕМЫ БИЕТТА В ОТЛИЧИИ ОТ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ:
- 1) **отсутствие гиперкератоза и атрофии**
  - 2) отёчность и чёткость границ очагов
  - 3) эритема, обильное шелушение
  - 4) отсутствие субъективных ощущений
26. ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА:
- 1) **массивная глюкокортикостероидная терапия**
  - 2) общеукрепляющая терапия
  - 3) массивная антибактериальная терапия
  - 4) десенсибилизирующая терапия
27. ПИГМЕНТНАЯ КРАПИВНИЦА У ДЕТЕЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
- 1) **одну из форм мастоцитоза**
  - 2) детскую почесуху
  - 3) форму атопического дерматита
  - 4) холинергическую крапивницу
28. ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИХТИОЗА РЕКОМЕНДУЕТСЯ:
- 1) **эмоленты**
  - 2) глюкокортикостероидные мази
  - 3) 2% салициловая мазь
  - 4) антибактериальные мази
29. САМАЯ ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ
- 1) **генитальная и анальная области**
  - 2) складки
  - 3) туловище
  - 4) слизистая полости рта
30. ВИРУСНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ЗАРАЗНОЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
- 1) **контагиозный моллюск**
  - 2) простой герпес
  - 3) остроконечные кондиломы

4) плоские бородавки

31. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ДЛЯ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ГЕРПЕСА

1) **по ходу нервных стволов**

2) волосистая часть головы

3) слизистая полости рта

4) наружные половые органы

32. ВЕЗИКУЛОПУСТУЛЁЗ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

1) **перипорит, остиоперипорит, вызванные стафилококковой инфекцией**

2) стафилококковый пемфигус

3) остиофолликулит

4) пузырьковый лишай

33. СТАФИЛОДЕРМИЯ С ПОРАЖЕНИЕМ ЭККРИННЫХ ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ

1) **множественные абсцессы новорождённых**

2) гидраденит

3) карбункул

4) фурункулёз

34. ДЛЯ СТРЕПТОКОККОВОГО ИМПЕТИГО ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) **высокая контагиозность для детей**

2) проникновение возбудителя через придатки кожи

3) зависимость течения заболевания от состояния иммунной системы

4) хроническое течение

35. КЛИНИЧЕСКАЯ РАЗНОВИДНОСТЬ ЭПИДЕРМОФИТИИ СТОП

1) **сквамозная**

2) герпетиформная

3) пятнистая

4) инфильтративно-нагноительная

36. ИСТОЧНИК ЗАРАЖЕНИЯ ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ

1) **крупный рогатый скот**

2) кошки, собаки, больной человек

3) мелкий рогатый скот

4) птицы

37. ПРИ СИФИЛИТИЧЕСКОМ РЕГИОНАРНОМ СКЛЕРАДЕНИТЕ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ВОВЛЕКАЕТСЯ

- 1) **ткань лимфатического узла**
- 2) окружающая клетчатка
- 3) кожа над лимфатическим узлом
- 4) капсула лимфатического узла

38. ШАНКР-АМИГДАЛИТ - ЭТО

- 1) **увеличенная миндалина обычной окраски**
- 2) эрозия миндалины
- 3) язва миндалины
- 4) увеличенная гиперемированная миндалина

39. РАЗНОВИДНОСТЬ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ

- 1) **мелкоочаговая**
- 2) крупноочаговая
- 3) универсальная
- 4) тотальная

40. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПОЗДНЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА

- 1) **лабиринтная глухота**
- 2) седловидный нос
- 3) саблевидные голени
- 4) бугорки

41. УДЛИНЕНИЕ ИНКУБАЦИОННОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) **приеме антибиотиков в течение инкубационного периода**
- 2) продолжении половой жизни с источником заражения
- 3) сопутствующих инфекционных заболеваниях
- 4) биполярном расположении твердых шанкров

42. ШАНКР-ПАНАРИЦИЙ - ЭТО

- 1) **увеличение в объеме фаланги пальца без дефекта с признаками воспаления**
- 2) острое воспаление ногтевого валика
- 3) эрозия или язва на пальцах кистей
- 4) увеличение в объеме фаланги пальца без дефекта и без признаков воспаления

43. НАИБОЛЕЕ ДОСТУПНЫМ ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ГОНОКОККАМИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ, ВЫСТЛАННЫЕ

- 1) **цилиндрическим эпителием**
- 2) многослойным плоским ороговевающим эпителием
- 3) многослойным плоским неороговевающим эпителием
- 4) переходным эпителием

## **Ситуационные задачи**

### **Ситуационная задача № 1**

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. Высыпания были примерно одинаковы у всех членов семьи.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какое обследование необходимо провести?
3. Какое лечение необходимо назначить?

### **Ситуационная задача № 2**

На приём обратилась женщина 35 лет с жалобами на высыпания на коже среднего пальца левой кисти, незначительный зуд. Считает себя больной после того, как один день носила новое кольцо, изменения на коже возникли в этот же день.

При осмотре в области среднего пальца левой руки строго на месте кольца имеется очаг гиперемии с чёткими границами, шелушение. Кожа вокруг очага не изменена.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какое лечение необходимо назначить?

### **Ситуационная задача № 3**

На приём обратилась женщина 27 лет с жалобами на выпадение волос в течение 2 – х месяцев. За неделю до этого переболела тяжелой формой ангины.

На коже теменной области округлой формы очаг выпадения волос диаметром 3 см, цвет кожи в очаге не изменена, шелушения нет. В краевой зоне очага волосы удаляются легко.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какое обследование необходимо провести?
3. Какое лечение необходимо назначить?

### **Ситуационная задача № 4**

На приём обратился молодой человек 18 лет с жалобами на появление высыпаний на коже. Со слов пациента, сыпь появилась после перенесенного гнойного гайморита. Считает себя больным в течение 2 месяцев. Аналогичные высыпания есть у старшего брата.



При осмотре: на коже разгибательных поверхностей конечностей, на животе множественные размером от 1 до 10 см бляшки розовато-красного цвета, покрытые легко соскабливаемыми серебристо-белыми чешуйками.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какое обследование необходимо провести пациенту?
3. Какое лечение необходимо назначить?

#### **Ситуационная задача № 5**

На приём обратилась женщина 43 лет с жалобами на зуд кожи стоп. Больной себя считает около 3 недель. Активно занимается спортом, посещает бани, бассейны.

При осмотре в области межпальцевых промежутков стоп эритема, шелушение, местами мацерация и образование мелких трещин. Ногтевые пластинки пальцев стоп утолщены, деформированы, серовато-желтого цвета.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какое обследование необходимо провести пациенту?
3. Какое лечение необходимо назначить?

#### **Ситуационная задача № 6**

На приём обратилась женщина 34 лет с жалобами на появление безболезненного «пятна» на коже туловища, которое она заметила 3 года назад. Заболевание ни с чем не связывает.

При осмотре: на коже боковой поверхности туловища справа определяется очаг бледно-молочного цвета, размером 20 x 7 см, при пальпации плотный, кожа в складку не собирается, пушковые волосы в очаге отсутствуют, по периферии – синюшно-розовый ободок.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какое обследование необходимо провести?
3. Какое лечение необходимо назначить?

#### **Ситуационная задача № 7**

На приём обратилась женщина 41 года с жалобами на периодические высыпания на коже кистей в течение 5 лет, зуд. Заболевания обостряется при контакте с бытовой химией, после приёма острой пищи.

При осмотре: на коже кистей на гиперемизированном фоне многочисленные микровезикулы.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какое лечение необходимо назначить?

## **Практические навыки**

1. Исследование кожи и слизистых оболочек (анамнез, осмотр, пальпация).
2. Исследование соскобов чешуек, волос, гладкой кожи и ногтей на патогенные грибы.
3. Проба с настойкой йода на скрытое шелушение.
4. Осмотр больного в лучах лампы Вуда, оценка результатов свечения.
5. Взятие материала на обнаружение чесоточного клеща.
6. Взятие материала на обнаружение угревой железницы (демодекоза).
7. Проведение феномена П.В.Никольского.
8. Воспроизведение псориазических феноменов.
9. Воспроизведение феномена «яблочного желе» - метод диаскопии (витроскопии).
10. Постановка симптома зонда А.И.Поспелова.
11. Оценка феномена «дамского каблучка».
12. Исследование тактильной, болевой, тепловой и холодовой чувствительности.
13. Взятие материала для микробиологического посева на питательные среды (антибиотикограмма).
14. Проведение пробы Ядассона.
15. Взятие материала на акантолитические клетки, приготовление препаратов и их оценка.
16. Внутривенные, подкожные, внутримышечные инъекции, в том числе двухмоментные и внутривенные вливания.
17. Взятие биопсии кожи и интерпретация результатов.
18. Применение наружных лекарственных средств.
19. Оценка биодозы УФО.
20. Проведение криотерапии.
21. Взятие материала из мочеполовых органов, прямой кишки и миндалин на гонококки, приготовление мазков и их интерпретация.
22. Взятие материала, приготовление мазков, нативных препаратов для исследования на трихомонады.
23. Взятие материала и исследование на хламидии.
24. Взятие материала и исследование на микоплазмы и гарднереллы.
25. Исследование отделяемого на бледную спирохету.
26. Интерпретация серологических тестов.
27. Интерпретация данных иммунологического статуса.

28. Дезинфекция обуви.

Формируемые компетенции по ФГОС		ИЗ – индивидуальные задания	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков
		Темы индивидуальных заданий	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-12	1-14	1-28
	2	1-12	1-14	1-28
	3	1-12	1-14	1-28
ПК	1	1-12	1-14	1-28
	2	1-12	1-14	1-28
	3	1-12	1-14	1-28
	4	1-12	1-14	1-28
	5	1-12	1-14	1-28
	6	1-12	1-14	1-28
	7	1-12	1-14	1-28
	8	1-12	1-14	1-28
	9	1-12	1-14	1-28
	10	1-12	1-14	1-28
	11	1-12	1-14	1-28
	12	1-12	1-14	1-28

**Б) ФОС для вариативной части производственной (клинической) практики**

*Раздел: Аллергология и иммунология*

**Примерные вопросы для устного собеседования**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии-иммунологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Иммунный ответ - первая линия иммунной защиты.</li> <li>2. Современные представления об аллергии; определение понятия "аллергия", взаимоотношения аллергии и иммунитета.</li> <li>3. Аллергические реакции немедленного типа.</li> <li>4. Аллергическое воспаление. Реакции типа феномена Артюса</li> <li>5. Аллергические реакции замедленного типа (Т-зависимые)</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Распространенность пищевой аллергии. Этиология пищевой аллергии. Наиболее распространенные пищевые аллергены. Антигенные свойства наиболее распространенных пищевых аллергенов.</li> <li>7. Этиология и патогенез анафилаксии. Профилактика анафилактического шока.</li> <li>8. Тяжелые токсико-аллергические реакции: этиология, патогенез</li> <li>9. Этиология инсектной аллергии. Пути сенсибилизации. Механизмы инсектной аллергии. IgE-опосредованные реакции. Не IgE-опосредованные реакции.</li> <li>10. Понятие об аллергических и неаллергических осложнениях при иммунизации. Пути профилактики аллергических осложнений при вакцинации.</li> </ol>

<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<p>11. Первичные иммунодефициты: классификация, клинические проявления  12. Приобретенные иммунодефициты: формы вторичных иммунодефицитов, клинические проявления;  13. Возрастные особенности иммунной системы.  14. Синдром приобретенного иммунодефицита.  15. Основы иммунотерапии иммуномодуляторы – определение, классификация.</p>
--	---

### Тестовые задания

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы клинической аллергологии-иммунологии»</p>	<p>1. К центральным органам иммунной системы человека относятся:  а. селезенка  <b>б. вилочковая железа</b>  в. лимфатические узлы  <b>г. костный мозг</b>  д. миндалины</p> <p>2. Роль иммуноглобулина Е в развитии аллергических реакций  <b>а. формирует немедленные аллергические реакции</b>  б. участвует в формировании иммунокомплексных аллергических реакций  в. участвует в формировании реакций гиперчувствительности замедленного типа г) участвует в цитотоксических иммунных реакциях</p> <p>3. Гиперглобулинемия Е характерна  <b>а. для атопии</b>  <b>б. для гельминтозов</b>  в. для некоторых вирусных заболеваний  <b>г. для гипоплазии тимуса</b>  д. для аллергических заболеваний  е. для хронических гранулематозов у детей</p> <p>4. Минимальная продолжительность периода активной сенсibilизации у человека составляет:  а. 2-3 часа  <b>б. 24 часа</b>  в. 4 дня  г. 7-8 дней  д. 30-50 дней</p> <p>5. Сколько известно типов гистаминовых рецепторов  а. 1 тип  б. 2 типа  в. 3 типа  <b>г. 4 типа</b></p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<p>6. Какие антигистаминные препараты относятся к первому поколению (ПК5)  <b>а. Клемастин (Тавегил)</b>  б. Лоратадин (Кларитин, Кларотадин)  в. Цетиризин (Зиртек)  <b>г. Хлоропирамин (Супрастин)</b>  д. Фексофенадин (Телфаст)</p> <p>7. Преимущества антигистаминных препаратов 2-го поколения (ПК5)</p>

	<p>а. <b>Высокое сродство к H1 рецепторам</b>  б. Высокая проходимость через гемато-энцефалический барьер  в. <b>Отсутствие седативного эффекта</b>  г. <b>Отсутствие тахифилаксии</b>  д. Блокада других типов рецепторов  е. Все из перечисленного</p> <p>8. Клиническими показаниями для применения H1–антигистаминных препаратов является наличие у больных  а. <b>поллиноза</b>  б. неаллергической (неатопической) формы бронхиальной астмы  в. астматического состояния  г. всего перечисленного</p> <p>9. Аллергический ринит чаще бывает обусловлен сенсibilизацией:  а. <b>пыльцой растений</b>  б. солями тяжелых металлов  в. антигенами бактериальных капсул  г. <b>бытовой пылью</b>  д. пищевыми аллергенами</p> <p>10. Характерными клиническими признаками ангиоотека в области гортани являются  а. <b>осиплость голоса</b>  б. отек губ  в. “лающий” кашель  г. <b>затрудненное, стридорозное дыхание</b>  д. отек лица</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3  «Клиническая иммунология»</p>	<p>11. Вирус иммунодефицита человека поражает: (ПК1,5)  а. <b>T- хелперы</b>  б. T- супрессоры  в. В-лимфоциты</p> <p>12. Увеличение IgG в сыворотке крови наблюдается при:  а. хронических воспалительных заболеваниях  б. подостром и хроническом вирусном гепатите  в. СПИД  г. коллагенозах  д. <b>все перечисленное верно</b></p> <p>13. Увеличение IgM в сыворотке крови наблюдается в следующих случаях, кроме:  а. острые воспаления  б. паразитарные заболевания  в. муковисцидоз  г. <b>после удаления селезенки</b></p> <p>14. Увеличение IgA в сыворотке крови наблюдается в следующих случаях, кроме:  а. хроническое воспаление  б. бронхиальная астма  в. алкоголизм  г. <b>лечение иммунодепрессантами, цитостатиками</b></p> <p>15. Укажите ВИЧ-индикаторные болезни у детей:  а. <b>цитомегаловирусная инфекция</b>  б. иерсиниоз  в. риккетсиоз  г. <b>кандидоз слизистых</b>  д. саркома Капоши</p>

## Ситуационные задачи

<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Клиническая аллергология»</p>	<p><b>Задача № 1 (аллергический ринит).</b> Больной Д., 20 лет. Обратился к аллергологу в мае в связи с появлением (симптомы сохраняются уже 1,5 недели) насморка, заложенности носа, назального зуда и чихания. Не простужался, температура тела не повышалась, болей в горле, кашля не отмечал. При опросе выяснилось, что подобные явления беспокоили также в мае - июне прошлого года, течение 3-4 недель, однако были менее выражены, связал их с простудой, к врачам не обращался. В анамнезе в раннем детстве отмечалась пищевая аллергия – сыпь на куриный белок. У матери- постоянный насморк, по поводу которого не обследовалась. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,2 . Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, сыпи нет. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД -110/60, Ps-70 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, чистые, В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Предположительный диагноз.</li><li>2. Тактика ведения больного на данном этапе.</li><li>3. Дальнейшие диагностические мероприятия, принципы лечения.</li></ol> <p><b>Задача № 2 (синдром Лайелла).</b> Больная Э., 18 лет, на фоне приема анальгина по поводу головных болей почувствовала резкое ухудшения самочувствия. Усилились головные боли, возникли насморк, слезотечение, светобоязнь поднялась t- до 38 0 С, появились высыпания на коже пятнисто-папулезного характера, отмечалось поражение слизистых носа, ротовой полости, глаз. На второй день от появления симптомов – сонливость, спутанность сознания, жажда, отечность лица, t- до 40 0 С, кожные изменения быстро трансформировались в большие пузыри с вскрытием и образованием эрозивных поверхностей. Объективно: Состояние тяжелое, температура 38,5 . Кожа и слизистые с желтоватым оттенком. На коже спины в подмышечных впадинах, в паховых областях, на животе, бедрах множественные болезненные эритемы, пузыри, эрозии. Пораженная кожа имеет вид ошпаренной кипятком. Слизистая оболочка полости рта, носа, конъюнктивы глаз, резко гиперемирована, местами имеются эрозии. ЧДД - 26 в минуту, АД -100/60, Ps-110 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, чистые, В легких дыхание везикулярное, без локальных изменений. Живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье, печень у края реберной дуги. Пастозность лица.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Предположительный диагноз.</li><li>2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления</li></ol> <p><b>Задача № 3 (анафилактический шок).</b> Больной Р., 22 года, студент, проходит курс инъекционной АСИТ клещевыми аллергенами по поводу бронхиальной астмы и персистирующего аллергического ринита. Сегодня явился на очередную инъекцию аллергена. Самочувствие хорошее, жалоб нет, температура тела 36,6 . Бронхиальную астму контролирует низкими дозами ГКС (пульмикорт 200мкг/сут). Аллерген введен из нового флакона в прежней дозе. На месте инъекции выделилась капля крови. Больной очень торопился и сразу же был отпущен на занятия. При выходе из поликлиники почувствовал резкое ухудшение самочувствия - появились чувство стеснения в груди, слабость, , сердцебиение, чувство жара во всём теле, беспокойство, головная боль, затруднённое дыхание, одышка, кашель, свист в груди. Объективно: Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные с холодным липким потом. ЧДД - 30 в минуту, АД -60/40, Ps-120 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. В</p>
---	---

легких дыхание поверхностное, ослабленное, с затрудненным выдохом, свистящие хрипы. Живот мягкий, безболезненный.

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Тактика ведения больного.
3. Неотложная терапия
4. Какие ошибки были допущены при проведении АСИТ?

#### **Задача № 4 (холинергическая крапивница).**

Больной А., 18 лет, студент, обратился к врачу в связи с появлением в течение последнего года высыпаний. Сыпь обычно возникает через 5-7 минут после физической нагрузки (бег, ходьба по лестнице, занятия в спортзале и пр.), в виде красных пятен и мелких волдырей, локализуется на лице, верхней половине груди и спины, иногда распространяется на живот, ягодицы, бедра, сопровождается сильным зудом и проходит через 1-3 часа после прекращения нагрузки. Накануне обращался к врачам скорой помощи в связи с впервые возникшим эпизодом головокружения с сильным слюнотечением, тошнотой, однократной рвотой, болями в животе, на фоне вышеописанных высыпаний. Связывает это состояние с сильными эмоциональными и физическими нагрузками (опаздывал на важный экзамен). Самочувствие улучшилось после внутривенного введения глюкокортикостероидов. На момент осмотра жалоб нет. Аллергологический анамнез спокойный, непереносимости лекарственных препаратов и пищи не отмечает. Признаков бытовой, пыльцевой, эпидермальной сенсibilизации нет. Вредные привычки – отрицает. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,4. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности. Дермографизм красный, нестойкий. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД -120/80мм.рт.ст., Ps-56 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

1. Предположительный диагноз. Что за эпизод ухудшения самочувствия имел место накануне?
2. Составьте план обследования.
3. Какие тесты являются основными для подтверждения диагноза.
4. Укажите факторы, способствующие обострению заболевания.
5. Назовите принципы лечения.

#### **Задача № 5 (холодовая крапивница).**

Больная С., 37 лет, предъявляет жалобы на высыпания в виде зудящих волдырей, появляющихся на лице, кистях после контакта с холодом (холодный ветер, дождь, снег) при согревании, несколько раз в течение последнего месяца (февраль) отмечала ангиоотёки лица (веки, губы), что значительно ограничивало работоспособность. Однократно - через 15-20 минут после употребления холодной колы (в гостях у подруги) появилась осиплость голоса, кашель, затрудненное дыхание, в связи с чем обращалась в «скорую помощь». Врач диагностировал начинающийся отек гортани, от госпитализации отказалась, после проведенного лечения отек постепенно прошел. Аллергологический анамнез спокойный, непереносимости лекарственных препаратов и пищи не отмечает. Признаков бытовой, пыльцевой, эпидермальной сенсibilизации нет. Вредные привычки – отрицает. На момент осмотра высыпаний нет (на холоде не была, приехала на консультацию на такси). Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,4. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности. Дермографизм красный, нестойкий. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД -120/80мм.рт.ст., Ps-60 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Дункан-тест – положительный.

1. Предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования.

3. Опишите методику постановки дункан- теста.
4. Какие еще тесты могут быть использованы для подтверждения диагноза, если дункан-тест отрицательный.
5. Назовите принципы лечения.

**Задача №6 (синдром Стивенса – Джонсона с поражением кожи и слизистой ротовой полости, вероятно медикаментозной этиологии (пенициллин, ибупрофен).**

Ребенок 12 лет заболел лакунарным тонзиллитом, лечился пенициллином, ибупрофеном с положительным эффектом. На 5 сутки лечения на красной кайме губ, слизистой оболочке преддверия полости рта появились мелкие эрозии, покрытые налетом желтоватого цвета. На различных участках кожи появились пятна гиперемии округлой формы, в области некоторых из них образовались пузыри, заполненные мутноватым содержимым.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите тактику лечения.

**Задача № 7 (крапивница, вероятнее реакция на иАПФ).**

Больная З., 62 года, пенсионерка. Поступила в аллергологическое отделение планово с жалобами на регулярное появление чаще вечером и ночью волдырных распространенных сливных высыпаний, сопровождающихся выраженным зудом, иногда (1-2 раза в месяц) отеки лица – губы, веки, подбородок. Принимает кестин 10 мг без выраженного эффекта. Периодически боли ноющего характера в верхних отделах живота, голодные, изжога, запоры, похудание на 3 кг за полгода. Высыпания появились около 8 месяцев назад (весной), без четкой связи с чем-либо. Аллергологический анамнез спокойный, непереносимости лекарственных препаратов и пищи не отмечает. Вредные привычки – отрицает. Из сопутствующих заболеваний: Гипертоническая болезнь, ИБС, стенокардия 2ф.кл., регулярно принимает эналаприл 10 мг в день, тромб-асс 75 мг в день. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 36,4. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, волдыри сливного характера разного размера, местами сливные на спине, животе, бедрах. В зеве без гиперемии и налетов, миндалина не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД -130/80, Ps-60 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Перитонеальных симптомов нет. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

1. Предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм диагностического поиска
3. Укажите возможные причины заболевания

**Задача №8 (пищевая аллергия к белкам куриного яйца (вероятно в леветину желтка). Атопический дерматит, локализованная форма, легкого течения, обострение)**

Ребенок 4 года, жалобы на высыпания на щеках после употребления в пищу яйца всмятку. Из анамнеза известно, что ребенок часто ест яйца. Высыпания у него периодические в заушных областях в виде мокнутия (используют бепантен). Ребенок готовится к посещению детского дошкольного учреждения, необходимо решить вопрос о проведении вакцинации против гриппа, привит по возрасту, без осложнений.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте необходимое обследование.
3. Рекомендации по лечению и вакцинации.



	<p><b>Задача № 9 (бронхиальная астма атопическая пыльцевая сенсibilизация).</b></p> <p>Больной В., 30 лет, предъявляет жалобы на приступы удушья, с затрудненным выдохом с откашливанием небольшого количества вязкой стекловидной мокроты, чихание, заложенность носа, общую слабость, недомогание. Настоящее ухудшение с конца мая в течение 2 недель. Болен 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в мае-июне, в июле все симптомы исчезают. К врачам не обращался, но в этот раз приступы значительно сильнее, чаще, эффект от сальбутамола (ДАИ) минимальный, последние два дня делал более 10-15 вдохов в день. Дочери 3 года – атопический дерматит. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больного имеется аллергия на клубнику (зуд кожи, насморк), пенициллин (сыпь). Объективно: состояние средней тяжести. Больной сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. ЧДД - 26 в мин. Дыхание громкое, со свистом на выдохе. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне жесткого с удлиненным выдохом дыхания выслушиваются сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 60% от должной.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз</li> <li>2. Назовите необходимые дополнительные исследования.</li> <li>3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.</li> </ol> <p><b>Задача № 10 (атопический дерматит).</b></p> <p>На прием к дерматологу обратилась девушка, 22 лет, с жалобами на незначительный зуд, шелушение, чувство стягивания и сухости кожи, потемнение ее в области локтей. Симптомы возникли и прогрессируют около 2 месяцев. Из анамнеза известно, что в детстве наблюдались явления экземы (лицо, кисти рук) на пищевые аллергены (молоко). Свое состояние связывает с нервным перенапряжением во время сессии. Объективно: процесс распространенный, локализуется преимущественно на коже сгибательных поверхностей локтевых и коленных суставов, затылочной области и области декольте. Представлен в виде, слившихся в очаги, папул с эскориациями и геморрагическими корочками на поверхности. Очаги гиперпигментированны, инфильтрированы с элементами лихенификации и выраженным белым дермографизмом. Кожа сухая. На коже нижних век гиперпигментация и дополнительная складка Денни-Моргана. ЧДД - 16 в минуту, АД - 120/80 мм.рт.ст., Ps-60 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, шумов нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предположительный диагноз.</li> <li>2. Укажите возможные причины заболевания</li> <li>3. Составьте план обследования.</li> <li>4. Назовите принципы лечения.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Клиническая иммунология»</p>	<p><b>Задача № 11 (наследственный ангиоотек).</b></p> <p>Больная В., 18 лет, госпитализирована экстренно с отеком лица (губы, подбородок), с распространением на шею и нарастающими явлениями затрудненного дыхания, осиплостью голоса, лающим кашлем. кожного зуда и высыпаний не отмечает. Отек появился и постепенно прогрессировал после стоматологического вмешательства (удаления зуба мудрости), после чего прошло около 36 часов. Бригадой «СКОРОЙ ПОМОЩИ» введены преднизолон 90 мг, супрастин 1% - 2 мл – без эффекта. В прошлом аллергических реакций не отмечала, в том числе на местные анестетики. Среди родственников аллергиков нет, но у бабушки</p>

были похожие острые отеки, умерла от отека гортани в 45 лет.  
Объективно: Состояние тяжелое, температура 37,2. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности. Отек нижней части лица – губы, подбородок и шеи, неотличимый по цвету от здоровых участков кожи, высыпаний, расчесов нет. Слизистая оболочка полости рта, неба, язычка отечные, обычного цвета, без налетов и высыпаний. ЧДД - 26 в минуту, АД - 110/60, Ps-100 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, чистые, в легких дыхание поверхностное, с затрудненным вдохом, везикулярное, без локальных изменений. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения больной на данном этапе.
3. Дальнейшие диагностические мероприятия, принципы лечения.

#### Задача № 12

Больной С., 6 месяцев. Родился в установленный срок, масса тела при рождении 3220 г, рост 51 см. В первые дни жизни петехиальные кровоизлияния в кожу на лбу, которые рассматривались в связи с родами. На третьей неделе жизни – частые риниты, отиты, двусторонний конъюнктивит. В конце третьего месяца жизни – экзема, себорейный дерматит на лице, теле и конечностях особенно выражен. Периодически отмечено возникновение крупных синих пятен, кровоизлияний в кожу при небольших травмах, которые распределялись по всему телу. В возрасте 6 мес проведено стационарное обследование по причине частично мокнущей чешуйчатой экземы. Неоднократно перенес тонзиллиты, синуситы, бронхиты, пневмонии. Нет эффекта от гормонов и антибиотиков. Прививка БЦЖ проведена, на месте прививки рубчика нет. Семейный анамнез без особенностей. Объективно: возраст 6 месяцев, вес 7700, рост 66 см. мальчик беспокойный, сильный зуд. Асимметричные крупные пятнистые высыпания коричнево-красного цвета на лице и конечностях. Выраженный дерматит с чешуйчатыми желтыми корочками на голове. Сильный дерматит в паховой области. Местами петехиальные кровоизлияния в кожу головы и тела. Крупная гематома в области левого коленного сустава. Печень и селезенка не увеличены. Пальпируются лимфатические узлы. Лабораторные исследования: картина крови – гранулоцитопения – 1200, тромбоцитопения – 8000, анемия – гемоглобин 8,5 %, лимфопения. Иммуноглобулины: Ig M - нет, Ig G 295 мг%, Ig A 37 мг%. Клеточный иммунитет: внутрикожные пробы – анергия, резко снижена реакция лимфоцитов на ФГА.

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения на данном этапе.

Задача № 13 (ПИД с поздним дебютом – ОВИН. Рецидивирующий фурункулез, обострение)

Пациент 26 лет жалуется на появление фурункулов на коже различных анатомических областей. Считает себя больным в течение 3 лет, за этот период отмечалось более 10 фурункулов в области туловища, нижних конечностей, лица, требующих хирургического лечения и антибактериальной терапии. 2 года назад – нагноение гематомы левой голени после травмы; полгода назад – абсцесс ягодичной области после внутримышечной инъекции анальгина. Настоящее ухудшение около недели, появилась болезненная припухлость правой подмышечной области, осмотрен хирургом, 2 дня назад выполнено вскрытие, дренирование правостороннего гидраденита; принимает ципрофлоксацин внутрь. Наследственность, аллергологический анамнез не отягощены; хронические заболевания отрицает. При осмотре: состояние удовлетворительное. Нормотермия. Среднего физического развития, без дефектов. Кожные покровы обычной окраски, множественные рубцы в области ягодиц, спины, ног. Вскрытый абсцесс правой подмышечной области под повязкой. Периферические лимфоузлы не пальпируются. По

внутренним органам без особенностей. ОАК: гемоглобин 145 г/л, лейкоциты 10,4 x 10<sup>9</sup>/л, нейтрофилы 78%, лимфоциты 10%, СОЭ 25 мм/ч. Иммунограмма: СД3 50%, СД4 55%, СД8 15%, СД20 6%; ИРИ 3,5; ФАН 40%, ФЧ 6, показатель завершенности фагоцитоза в норме, НСТ тест повышен; IgM 0,1 г/л, IgA 1,8 г/л, IgG 3 г/л.

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Сделайте клинико-иммунологическое заключение.
3. Лечебная тактика.

**Задача № 14 (ПИД- Атаксия – телеангиоэктазия (синдром Луи-Бар)).**

Ребенок 5 лет. Жалобы на частые простудные заболевания (отиты, бронхиты, рино-синуситы). На момент осмотра переносит внебольничную пневмонию. Наблюдается у невролога с задержкой умственного развития. Мать отмечает у ребенка наличие неустойчивой походки (часто падает, теряя равновесие), перестал кататься на самокате. Объективно: Состояние средней тяжести. На коже лица и конъюнктивах сосудистые «звездочки». При аускультации в левых отделах грудной клетки ослабление дыхания, влажные хрипы. В ОАК: лейкоцитоз 12 x 10<sup>9</sup>/л, п/я-10 %, СОЭ-40 мм/ч. Рентгенограмма грудной клетки: левосторонняя нижнедолевая пневмония. Бронхо-альвеолярный лаваж: выявлена *Haemophilus influenzae*. В иммунограмме: снижение количества Т-лимфоцитов и их функциональной активности, снижение в плазме крови иммуноглобулинов IgA, IgG, IgE.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какими методами можно подтвердить диагноз?
3. Принципы терапии.

**Задача № 15 (Синдром гиперпродукции IgE (синдром Иова)).**

Ребенок 6 лет впервые на приеме у аллерголога. Направлен на осмотр в связи с выявлением в анализе крови повышения общего IgE до 1050 МЕ/мл.

Из анамнеза: ребенок с раннего возраста переносил тяжелые инфекционные заболевания (повторные гнойные отиты, неоднократно внебольничную пневмонию, постинъекционные абсцессы). Объективно: состояние удовлетворительное. Гипотрофия, отставание в нервно-психическом развитии. На коже множественные рубцы (следы после вскрытия абсцессов). Увеличение периферических лимфоузлов (пальпируются до 1 см эластичные, безболезненные подчелюстные, шейные, подмышечные). Гипертрофия небных миндалин до 3 степени. Нарушение прорезывания зубов, множественный кариес. Аускультативно над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧД 18 в 1 мин., ЧСС 88 в 1 мин. Наследственный аллергологический анамнез не отягощен. При лабораторном обследовании атопии не выявлено.

1. О каком иммунодефиците можно думать? Какое звено иммунореактивности затронуто?
2. План обследования.
3. Возможности иммунологической коррекции.

**Раздел :Педиатрия (детские инфекции).**

**Примерные вопросы для устного собеседования**

<b>Б1.В.ОД.1.1</b> <b>Внутриутробные инфекционные поражения у детей.</b>	1. Этапы внутриутробного развития плода. 2. Факторы риска повреждения плода (акушерские, биологические, генетические, экологические). 4. Пренатальная диагностика и оценка состояния плода. Инвазивные методы пренатальной диагностики, ультразвуковая диагностика плода, лабораторные методы оценки состояния плода. 5. Фетоплацентарная недостаточность. 6. Врожденные пороки развития нервной системы плода (грыжи, микроцефалия, гидроцефалия, краниостеноз и др. пороки развития): этиология, патогенез, клиническая характеристика, диагностика (клинические данные и дополнительные методы исследования) и врачебная тактика. 7. Клиническая синдромология вирусных и бактериальных инфекций, вызывающих заболевание плода и новорожденного. 8. Педиатрические аспекты дородовой охраны здоровья ребенка (дородовый педиатрический патронаж).
<b>Б1.В.ОД.1.2</b> <b>Перинатальные поражения нервной системы у детей.</b>	9.Этиология и факторы риска перинатальных поражений нервной системы у плода и новорожденного. 10. Классификация перинатальных поражений нервной системы у плода и новорожденного. 11.Гипоксическое поражение центральной нервной системы у новорожденного. Клиническая картина церебральной ишемии. Внутричерепные кровоизлияния гипоксического генеза. 12.Травматические поражения нервной системы у новорожденных. Внутричерепная родовая травма. Родовая травма спинного мозга. Родовая травма периферической нервной системы. 13.Дисметаболические и токсико-метаболические нарушения центральной нервной системы у новорожденных. 14.Поражения центральной нервной системы при инфекционных заболеваниях перинатального периода. 15. Классификация клинических синдромов периода формирования неврологического дефекта при перинатальных поражениях центральной нервной системы. 16.Клиническая картина синдромов перинатального поражения нервной системы у новорожденных в остром и восстановительном периодах. 17. Методы обследования новорожденных с перинатальными поражениями нервной системы. 18.Принципы лечения детей с перинатальными поражениями нервной системы в остром и восстановительном периодах.

**Ситуационные задачи.**

<b>Б1.В.ОД.1.1</b> <b>Внутриутробные инфекционные поражения у детей.</b>	Задача 1. Ребенок И, от первой беременности. Матери 22 года, страдает герпетической инфекцией с 12 летнего возраста. Обострения кожно-слизистой формы отмечались 2-3 раза в год. Лечилась местными препаратами (мазь Зовиракс, Бонафтон). В конце данной беременности отмечались пузырьковые высыпания на наружных половых органах. Во время беременности токсикоз первой половины в течение 3 недель. Перенесла ОРЗ в легкой форме в сроке 20 недель. Лечилась домашними средствами. Роды в срок. Продолжительность родов 20 часов. Первый период 19 часов 40 минут, потужной период 20 минут. Родилась доношенная девочка, закричала сразу. Масса тела при рождении 3400 г. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложена в конце первых суток. На четвертые сутки жизни состояние ухудшилось. Ребенок стал вялым, плохо сосал, срыгивал, отмечены мышечная гипотония, гипорефлексия. Периодически беспокоился. На коже туловища и конечностей появилась пузырьковая сыпь. Склеры гиперемированы, веки отечны, небольшие 80 выделения из глаз. Ребенок переведен в отделение патологии новорожденных.
---	--

Поставьте диагноз.

#### Задача № 2

Ребенок родился от матери 26 лет, страдающей хроническим пиелонефритом. Во время беременности были обострения заболевания на сроках 22 и 35 недель, лечилась травами амбулаторно. Воды начали подтекать за трое суток до родов. После родов у матери - гнойный мастит.

В первые дни жизни ребенок был активен, хорошо сосал, прибавлял в массе. На фоне удовлетворительного состояния были замечены малые симптомы инфицирования: гнойный конъюнктивит, омфалит, единичные пустулы на коже. К 10-му дню жизни состояние ребенка резко ухудшилось, перестал прибавлять в весе, начал срыгивать с примесью желчи, кожа приобрела серый колорит, увеличились размеры печени и селезенки. Ребенок получал два антибиотика широкого спектра действия (один из них внутривенно), переливания антистафилококковой плазмы, витамины С, группы В. Несмотря на проводимую массивную терапию, ребенок умер в возрасте 25 месяцев. На вскрытии: гнойный перикардит, язвенно-некротический энтероколит, гнойный менингит.

1. Поставьте диагноз согласно классификации.
2. Что явилось причиной инфицирования ребенка?
3. Какие профилактические меры могли предотвратить инфицирование?

#### Задача № 3

Девочка 14 лет обратилась к врачу с жалобами на боли и припухлость в межфаланговых суставах II и III пальцев обеих кистей, а также обоих лучезапястных суставов. Температура при этом не повышалась. В анамнезе - ОРЗ по 3 - 4 раза в год, хронический тонзиллит. Летом обычно ездит в пионерлагерь, где много загорает.

При осмотре хорошо физически развита. Со стороны внутренних органов выраженной патологии нет. Оба лучезапястных сустава сглажены. Имеется также припухлость и ограничение движений в проксимальных межфаланговых суставах II и III пальцев обеих кистей.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Где обследовать больную (в поликлинике или в стационаре)?
3. Какова лечебная тактика при подтверждении диагноза?

#### Задача № 4

Мальчик 12 лет, поступал в детское аллергологическое отделение с жалобами на ежедневные (до 3-4 раз в сутки) приступы одышки, затрудненного, свистящего дыхания, купирующиеся 1-2 ингаляциями салбутамола.

Из анамнеза: ребенок от I беременности, протекавшей на фоне токсикоза, анемии I триместра, поллиноза (риноконъюнктивальный синдром). Роды в срок, без особенностей. Вес при рождении 3000 г. К груди приложен на 1-е сутки. На грудном вскармливании до 3-х месяцев. Перенесенные заболевания: до 1 года - атопический дерматит (по типу истинной детской экземы), локализованная форма, среднетяжелое течение; в 3 года - ветряная оспа; ОРВИ 6-8 раз в год. С 5 лет беспокоят приступы одышки, свистящего дыхания. Неоднократно госпитализировался в пульмонологический стационар. Приступы купировали в/в введением эуфилина, преднизолона в возрастных дозировках. Получал 2 курса кромогликата натрия по 6 месяцев - без эффекта. Наследственный анамнез: у матери - нейродермит, у старшего брата - аллергическая сыпь на клубнику.

Объективно: Состояние ребенка на момент поступления средней степени тяжести. Отмечается умеренная одышка, ЧД - 28 в минуту, в легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие, свистящие хрипы по всем полям. Перкуторно - коробочный оттенок легочного звука.

Проведено обследование: Общий анализ крови - СОЭ - 4 мм/ч, Л -  $6,1 \times 10^9$ /л, Нв - 130 г/л, Эр -  $4,2 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,93, п - 2%, с - 52%, э - 15%, м - 2%, л - 29%. Кровь на иммунный статус - CD3 - 48%, CD4 - 20%, CD8 - 22%, CD4/CD8 - 0,91, CD19 - 17%, IgA - 1,41 г/л, IgM - 0,59 г/л, IgG - 11,8 г/л, IgE - более 1000, фаг. показатель - 54, фаг. число - 1,7, индекс фагоц. активности - 1,0, ЦИК - 26. Функция внешнего дыхания: признаки обструктивной и рестриктивной дыхательной недостаточности,

	<p>имеется латентный бронхоспазм, проба с физической нагрузкой - положительная. Обзорная рентгенография органов грудной клетки - горизонтальное расположение ребер, межреберные промежутки расширены. В легких патологических образований не выявлено. Корни легких структурны, повышенная прозрачность легочных полей. Плевральные синусы свободны, опущение диафрагмы. Легочное сердце. Кожно-скарификационные пробы: с пыльцевыми аллергенами - тимофеевка +++, ольха +, береза +, полынь +++++, лебеда +++++, подсолнечник +++++, амброзия +++, циклахена +++, пырей +++, костер +++, лещина +++, рожь +++, мятлик +++, дуб +++, ясень ++, полевика +++, конопля ++, кукуруза +++.  1. Сформулируйте диагноз.  2. Назначьте лечение.  3. Какова терапия в период приступа?</p> <p>Задача 5.  В городской родильный дом был вызван консультант-инфекционист, в связи с тем, что накануне родился ребенок с массой 2400 гр., желтухой, гепатоспленомегалией, микроцефалией, микрофтальмией. Известно, что роженица во время беременности перенесла краснуху.  Предполагаемый диагноз? Какие методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?</p>
	<p>Задача № 6  Ребенок 7 лет, рос и развивался правильно, однако в раннем возрасте наблюдались проявления экссудативного диатеза. Имеются очаги хронической инфекции (хронический тонзиллит, кариозные зубы). За неделю до заболевания перенес фолликулярную ангину.  Заболел остро: температура повысилась до 38,5°C, отмечалась анорексия, интоксикация, на разгибательных поверхностях рук и ног появилась обильная мелкоочечная геморрагическая и папулезная, симметричная сыпь. На лице - ангионевротический отек Квинке. Отмечается умеренная припухлость и болезненность в области коленных и локтевых суставов. В анализе крови - умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез, СОЭ 30 мм/час.  1.Поставьте предварительный диагноз.  2.План обследования и лечения.</p> <p>Задача № 7  Лена С., 13 лет, поступила в стационар с жалобами на слабость, общее недомогание, повышенную утомляемость, раздражительность, нарушение сна, периодические головные боли, субфебрильную температуру, кожный зуд, похудание. Больна в течение нескольких месяцев, не обследовалась, не лечилась.  При осмотре: девочка пониженного питания, с суховатыми, бледными кожными покровами, имеются симптомы "терки" ("гусиной кожи"), "грязных коленей". Выраженный красный дермографизм. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота определяется болезненность в пилородуоденальной зоне и мезогипогастрии, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера. Признаки метеоризма в кишечнике, "вздутие" живота. Пальпируется край печени. Стул учащенный, кашицеобразный с видимыми элементами непереваренной пищи. Отмечается лабильность пульса от 78 до 92 ударов в минуту, АД 90/55 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, выслушивается непостоянный (в горизонтальном положении), нежный систолический шум, максимально - на верхушке и в V точке.  Проведено обследование: общий анализ крови: эритроциты - <math>4,5 \times 10^{12}/л</math>, Hb - 126 г/л, ЦП - 0,9, лейкоциты - <math>5,0 \times 10^9/л</math>, эоз. - 1%, нейтр. - 47%, лимф. - 50%, мон. - 2%, СОЭ 4 мм/час. Протеинограмма: общий белок 68 г/л, альбумины - 61%, глобулины - 39% (<math>\alpha_1</math> - 6%, <math>\alpha_2</math> - 12%, <math>\beta</math> - 11%, <math>\gamma</math> - 10%).  1.Ваш предположительный диагноз?  2.Какие дополнительные исследования следует провести больной?  3.Принципы терапии.</p> <p>Задача № 7  Мальчик, 8 лет, впервые поступает в детское аллергологическое отделение с</p>

жалобами на приступы одышки, затрудненного, свистящего дыхания, возникающие после физической нагрузки, игр с домашними животными (кошка, собака), на фоне симптомов ОРВИ, во время уборки квартиры. В летние месяцы приступы учащаются до 2-3 раз в неделю, особенно при выезде в сельскую местность. Приступы купируются после приема внутрь 1-2 таблеток эуфиллина.

Из анамнеза: ребенок от I беременности, протекавшей на фоне токсикоза, анемии I триместра, поллиноза (риноконъюнктивальный синдром). Роды в срок, без особенностей. Вес при рождении – 3000 г. К груди приложен на 1-е сутки. На грудном вскармливании до 3-х месяцев. Перенесенные заболевания: до 1 года - атопический дерматит (по типу истинной детской экземы), локализованная форма, среднетяжелое течение, в 3 года - ветряная оспа, ОРВИ - 6-8 раз в год. Наследственный анамнез: у бабушки по материнской линии - бронхиальная астма, у мамы ребенка - поллиноз.

Объективно: на момент осмотра в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно - ясный легочный звук по всем полям.

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Назначить план обследования.
3. Назначить базисную противовоспалительную терапию и мероприятия на период обострения.

#### Задача № 8

Ребенок 2,5 лет осмотрен на дому. Заболел остро: повысилась температура тела до 38,5°C, появилась папулезная, розовая сыпь на внутренней поверхности верхних и нижних конечностей, боли в руках и ногах. За неделю до появления сыпи перенес ОРВИ. В течение недели продолжает лихорадить до 39°C, появилась отечность сначала в одном, а затем в другом коленном суставе.

Объективно: состояние тяжелое, температура тела 39,2°C, кожные покровы бледные, на верхних и нижних конечностях, а также на туловище, мелкопапулезная розовая сыпь. Отмечается увеличение всех групп лимфоузлов. Коленные суставы отечны, болезненные при пальпации, движения в них ограничены. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 130 в мин. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка - на 2 см.

Анализ крови: эритроциты  $3,5 \times 10^{12}/л$ , Нв - 88 г/л, лейкоциты  $15,0 \times 10^9$ , нейтрофилы: палочкоядерные 10 %/ сегментоядерные 72 %, лимфоциты - 14 %, моноциты - 4 %, СОЭ 47 мм/час.

1. Какова Ваша тактика?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Каков предположительный диагноз?

#### Задача № 9

Ребенку 14 дней, родился от 3-ей беременности (предыдущие закончились самопроизвольными выкидышами на сроках 18 и 22 недели). Матери 30 лет, работает воспитателем в младшей группе детского сада. На 12<sup>й</sup> неделе беременности женщина обратила внимание на появление папуло-розеолезной сыпи на коже, насморк на фоне повышения температуры тела до 37,2°C. К врачу не обращалась, сыпь исчезла через 2 дня. Беременность протекала на фоне многоводия, роды на 37 неделе, с ранним излитием околоплодных вод. Масса ребенка при рождении 2800 г, длина - 50 см. На 5-е сутки жизни переведен в отделение патологии новорожденных, где при обследовании выявлены врожденный порок сердца, врожденная катаракта, конъюгационная желтуха, спленомегалия.

1. Поставьте диагноз. Чем обусловлена клиническая симптоматика у больного?
2. Определите прогноз и организацию дальнейшего наблюдения в условиях детской поликлиники?
3. Какова была бы врачебная тактика при своевременном обращении беременной на 12 неделе гестации?

#### Задача № 10

Ребенку 2,5 месяца. В связи с маститом у матери в течение последних 2-х недель получает докорм смесью "Малыш". Мать отмечает появление красноты в паховых

	<p>областях, на шее, в подмышечных впадинах (несмотря на тщательный уход). На щеках, подбородке появились гиперемия, шелушение, а затем - трещины и мокнутие с образованием корок. Ребенок беспокоен, плохо спит, отмечается метеоризм, стул кашицеобразный, до 3-4 раз в день, с примесью слизи и белыми комочками.</p> <p>1.Какой диагноз наиболее вероятен в данном случае?  2.Определите характер изменений на коже и характер стула.  3.Какой причиной, вероятнее всего, вызваны эти изменения?  4.Наметьте план лечебных мероприятий.</p>
--	---

<b>Перечень компетенций</b>	<b>Критерии их сформированности</b>	<b>Критерии оценивания результатов прохождения практики</b>	<b>Аттестация</b>
УК-1; УК-2; УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12.	Знания, умения и навыки сформированы на продвинутом уровне (отлично).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выполнен полный объем работы, ответ ординатора полный и правильный.</li> <li>2. Ординатор владеет всеми требуемыми практическими навыками.</li> <li>3. Дневник ординатора оформлен в полном соответствии с требованиями ВолгГМУ.</li> <li>4. Отчет за период практики оформлен. Присутствует характеристика с места прохождения практики, содержащая положительную характеристику обучающегося ординатора.</li> <li>5. Присутствует информация об активности обучающегося по различным видам деятельности (дежурства, санитарно-просветительная работа, участие в научно-практических мероприятиях и др.). Включен перечень практических навыков, освоенных за период практики.</li> <li>6. Информация о курируемых пациентах, практических навыках полностью соответствует объему подготовки по специальности.</li> </ol>	Зачтено
УК-1; УК-2; УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7;	Знания, умения и навыки сформированы на повышенном уровне (хорошо).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выполнено 75% работы, ответ ординатора правильный, но неполный.</li> <li>2. При выполнении практических навыков</li> </ol>	



<p>ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12</p>		<p>ординатор допускает некоторые мелкие неточности.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Дневник ординатора оформлен в соответствии с требованиями ВолгГМУ.</li> <li>4. Отчет за период практики оформлен. Присутствует характеристика с места прохождения практики, содержащая положительную характеристику обучающегося ординатора либо непринципиальные замечания.</li> <li>5. Информация об активности обучающегося по различным видам деятельности (дежурства, санитарно-просветительная работа, участие в научно-практических мероприятиях и др.) и перечень практических навыков, освоенных за период практики, не достаточно полные.</li> <li>6. Информация о курируемых пациентах, практических навыках соответствует объему подготовки по специальности, но с рядом непринципиальных замечаний.</li> </ol>	
<p>УК-1; УК-2; УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12</p>	<p>Знания, умения и навыки сформированы на базовом уровне (удовлетворительно).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выполнено 50% работы, ответ правилен в основных моментах.</li> <li>2. Есть ошибки в деталях при выполнении практических навыков.</li> <li>3. Оформление дневника не полностью соответствует требованиям ВолгГМУ.</li> <li>4. Отчет за период практики оформлен. Присутствует характеристика с места прохождения практики, содержащая в целом положительную характеристику обучающегося ординатора, но также принципиальные замечания.</li> </ol>	

		<p>5. Информация об активности обучающегося по различным видам деятельности (дежурства, санитарно-просветительная работа, участие в научно-практических мероприятиях и др.) и практических навыках, освоенных за период практики, не полные и не позволяют сделать вывод о качестве выполнения.</p> <p>7. Информация о курируемых пациентах, практических навыках не в полном объеме или имеет принципиальные замечания.</p>	
<p>УК-1; УК-2; УК-3; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12</p>	<p>Знания, умения и навыки сформированы на уровне ниже базового (неудовлетворительно)</p>	<p>1. Выполнено менее 50% работы.</p> <p>2. При выполнении практических навыков допускаются существенные ошибки.</p> <p>3. Оформление дневника не соответствует требованиям ВолгГМУ.</p> <p>4. Характеристика с места прохождения практики не заверена в соответствии с требованиями или содержит принципиальные замечания по работе ординатора.</p> <p>5. Информация об активности обучающегося по различным видам деятельности (санитарно-просветительная работа, участие в научно-практических мероприятиях и др.) и практических навыках, освоенных за период практики, отсутствует и не позволяют сделать вывод о качестве их выполнения.</p> <p>6. Информация о курируемых пациентах, дежурствах, практических навыках отсутствует</p>	<p>Не зачтено</p>