

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Железнов Лев Михайлович  
Должность: ректор  
Дата подписания: 28.03.2020  
Уникальный программный ключ:  
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

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

## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ**

### **«Дерматовенерология»**

Направление подготовки 31.06.01 Клиническая медицина

Профиль Кожные и венерические болезни

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 3 года

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

**Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии:**

Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее ФГОС ВО) по направлению подготовки 31.06.01 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного Приказом Министерства образования и науки РФ N 1200 от 03 сентября 2014.

Учебным планом по направлению подготовки 31.06.01. Клиническая медицина, направленность (профиль) Кожные и венерические болезни, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «08» апреля 2020 г. протокол № 3.

**Рабочая программа одобрена:**

кафедрой дерматовенерологии и косметологии «23» апреля 2020 г. (протокол № 7)

Заведующий кафедрой С.В. Кошкин

методической комиссией по программам подготовки кадров высшей квалификации «13» мая 2020 г. (протокол № 4)

Председатель комиссии Е.Г. Шушканова

Центральным методическим советом от «21» мая 2020 г. (протокол № 6)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

**Разработчики:**

Заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии, С.В. Кошкин  
д.м.н., проф.

Доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии, М.Б. Дрождина  
к.м.н., доц.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП	4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)	4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)	4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП	4
1.4. Объекты профессиональной деятельности	4
1.5. Виды профессиональной деятельности	4
1.6. Формируемые компетенции выпускника	4
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	6
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	6
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	6
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	7
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	7
3.4. Тематический план лекций	7
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	8
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	10
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	10
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)	10
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	10
4.2.1. Основная литература	10
4.2.2. Дополнительная литература	11
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	11
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	12
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	12
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	13
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	15
Раздел 7. Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	15

## **Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП**

**1.1. Цель изучения дисциплины** – подготовка научных и научно-педагогических кадров высшей квалификации в области дерматовенерологии для науки, медицинской промышленности и профессионального образования медицинского профиля.

### **1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)**

- сформировать углубленные знания в области методологических, клинических и медико-социальных основ медицинских наук;
- сформировать умения и навыки самостоятельной научно-исследовательской и научно-педагогической деятельности в области дерматовенерологии.
- Рассмотреть вопросы обобщения и систематизации собственного клинического опыта, предложения рациональных методов ведения пациентов с оптимизацией их диагностического и терапевтического маршрутов и реабилитационных технологий, позволяющих управлять заболеванием;
- сформировать умения и навыки систематического изучения, аналитического мышления и систематизации в процессе работы со специальной монографической и периодической отечественной и иностранной литературой;
- сформировать навыки участия и ведения клинических конференций, участия в работе профильного научного общества, научно-практических конференций с представлением материалов обобщения научной литературы и/или собственного опыта по разбору клинических случаев, ведения пациентов, предложений по оптимизации диагностики и терапии, результатов апробации новых диагностических и терапевтических технологий.

### **1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:**

Дисциплина «Дерматовенерология» относится к блоку Б1. Дисциплины вариативной части, обязательные дисциплины.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Иностранный язык, История и философия науки.

Является предшествующей для изучения дисциплин: Практики по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности, Научно-исследовательской деятельности обучающихся и подготовки научно-квалификационной работы.

### **1.4. Объекты профессиональной деятельности**

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины (модуля), являются:

- физические лица
- население
- юридические лица;
- биологические объекты;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

### **1.5. Виды профессиональной деятельности**

- научно-исследовательская деятельность в области охраны здоровья граждан, направленная на сохранение здоровья, улучшение качества и продолжительности жизни человека путем проведения прикладных исследований в биологии и медицине;
- преподавательская деятельность по образовательным программам высшего образования.

### **1.6. Формируемые компетенции выпускника**

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

№ п/п	Но-мер/ин-декс компетенции	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства	
			Знать	Уметь	Владеть	Для текущего контроля	Для промежуточной аттестации
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	УК-1	способность к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях	Основные методы научно-исследовательской деятельности	Выделять основные идеи в научных текстах	Навыками чтения и восприятия научных текстов, сбора и анализа информации по теме исследования	собеседование	тестирование, прием практических навыков, собеседование
2.	ПК-1	способность и готовность к научным исследованиям в изучении этиологии, патогенеза дерматовенерологических заболеваний, клинических и патофизиологических проявлений патологии с использованием клинических лабораторных, лучевых, иммунологических, генетических, патоморфологических, биохимических и других методов исследований	современные представления об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП; особенности клинических проявлений их	использовать полученные знания для проведения клинического обследования больных; провести дифференциальный диагноз на основании критериев диагностики различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП	Навыками научно-исследовательской работы.	собеседование	тестирование, прием практических навыков, собеседование
3.	ПК-2	способность и готовность к совершенствованию лабораторных, инструментальных и других методов обследования больных, совершенствованию диагностики и дифференциальной диагностики дерматовенерологических заболеваний	современные представления об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП; особенности клинических проявлений их;	составить план обследования с учётом патологии используя наиболее информативные методы исследования; с учётом имеющихся классификаций сформулировать полный клинический диагноз	Навыками дифференциального диагноза и интерпретации результатов обследований; навыками научно-исследовательской работы.	собеседование	тестирование, прием практических навыков, собеседование
4.	ПК-3	способность и готовность к изучению механизмов действия, эффективности и безопасности лекарственных препаратов и немедикаментозных способов воздействия, совершенствованию и оптимизации лечебных мероприятий, профилактики возникновения или обострения дерматовенерологических заболеваний	принципы лечения, группы препаратов и их механизм действия	составить план ведения конкретного пациента, подобрать адекватную терапию.	Методиками разработки индивидуального плана ведения пациента; навыками научно-исследовательской работы.	собеседование	тестирование, прием практических навыков, собеседование

## Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 6 зачетных единиц, 216 час.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры	
		№ 3	№ 4
1	2	3	4
<b>Контактная работа (всего)</b>	<b>90</b>	<b>36</b>	<b>54</b>
в том числе:			
Лекции (Л)	8	4	4
Практические занятия (ПЗ)	82	32	50
<b>Самостоятельная работа (всего)</b>	<b>90</b>	<b>36</b>	<b>54</b>
В том числе:			
- подготовка к практическим занятиям	90	36	54
Вид промежуточной аттестации	экзамен	36	-
	зачет	+	-
Общая трудоемкость (часы)	216	72	144
Зачетные единицы	6	2	4

## Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)

### 3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела
1	2	3	4
1.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3	Физиология и биохимия кожи, основные функции кожи. Общая патология кожных болезней (морфологические элементы). Современные представления об этиопатогенезе неинфекционных и инфекционных дерматологических заболеваний, ИППП. Иммунитет и иммунопатологические реакции. Аллергические реакции.	Современные представления об этиопатогенезе неинфекционных и инфекционных дерматологических заболеваний, ИППП. (лекция) Физиология и биохимия кожи, основные функции кожи. Общая патология кожных болезней (морфологические элементы). (практическое занятие) Современные представления об этиопатогенезе неинфекционных и инфекционных дерматологических заболеваний, ИППП. Иммунитет и иммунопатологические реакции. Аллергические реакции. (практическое занятие)
2.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3	Микозы. Патология придатков кожи. Болезни потовых и сальных желез. Основы трихологии. Поражение ногтей пластин различного генеза.	Микозы кожи и придатков: диагностика и дифференциальный диагноз. Болезни сальных и потовых желез (практическое занятие) Основы трихологии: виды алопеций, диагностика, методы терапии. (практическое занятие)
3.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3	Аллергодерматозы, зудящие дерматозы. Патология кожных покровов при заболеваниях внутренних органов и систем, нарушениях обмена веществ, нарушениях деятельности ЦНС.	Аллергодерматозы: диагностика и дифференциальный диагноз. (практическое занятие). Патология кожных покровов при заболеваниях внутренних органов и систем, нарушениях обмена веществ, нарушениях деятельности ЦНС. (практическое занятие)
4.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3	Неинфекционные заболевания кожи: диагностика и дифференциальный диагноз. Инфекционные и паразитарные заболевания кожи: диагностика и дифференциальный диагноз. Современные терапевтические методики.	Современные подходы к терапии неинфекционных заболеваний кожи, слизистых, ПЖК. (практическое занятие) Современные подходы к терапии инфекционных заболеваний кожи, слизистых, ПЖК. (практическое занятие)
5.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3	Новообразования кожи. Паранеоплазии. Дисхромии кожи. Гиперкератозы. Атрофии кожи.	Различные новообразования кожи (меланоцитарные и немеланоцитарные), методы оптической диагностики. (лекция) Различные новообразования кожи (меланоцитарные и немеланоцитарные), методы оптической диагностики. (практическое занятие) Дисхромии: витилиго и хлоазма. Гиперкератозы и атрофии кожи: классификация, методы коррекции. (практическое занятие)

6.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3	Наследственные дерматологические заболевания.	Наследственные, врожденные и приобретенные дерматологические заболевания (лекция) Современные представления о генодерматозах. Ихтиоз и ихтиозиформные дерматозы. (практическое занятие) Нейрофиброматоз. Синдром недержания пигмента. (практическое занятие)
7.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3	Методы лечения пациентов с венерическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией и ИППП.	Препараты в лечении ВИЧ и ИППП на современном этапе. (лекция) Современные стандарты диагностики ВИЧ и ИППП. (практическое занятие) Препараты в лечении ВИЧ и ИППП на современном этапе. (практическое занятие)

### 3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами

№ п/п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности. Научно-исследовательская	+	+	+	+	+	+	+
2	Научно-исследовательская деятельность обучающихся и подготовка научно-квалификационной работы (диссертации) на соискание ученой степени кандидата наук	+	+	+	+	+	+	+

### 3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	СРС	Всего часов
1	2	3	4	5	6
1	Физиология и биохимия кожи, основные функции кожи. Общая патология кожных болезней (морфологические элементы). Современные представления об этиопатогенезе неинфекционных и инфекционных дерматологических заболеваний, ИППП. Иммуитет и иммунопатологические реакции. Аллергические реакции.	2	8	12	22
2	Микозы. Патология придатков кожи. Болезни потовых и сальных желез. Основы трихологии. Поражение ногтевых пластин различного генеза.	-	12	13	25
3	Аллергодерматозы, зудящие дерматозы. Патология кожных покровов при заболеваниях внутренних органов и систем, нарушениях обмена веществ, нарушениях деятельности ЦНС.	-	14	13	27
4	Неинфекционные заболевания кожи: диагностика и дифференциальный диагноз. Инфекционные и паразитарные заболевания кожи: диагностика и дифференциальный диагноз. Современные терапевтические методики.	-	12	13	25
5	Новообразования кожи. Паранеоплазии. Дисхромии кожи. Гиперкератозы. Атрофии кожи.	2	12	13	27
6	Наследственные дерматологические заболевания.	2	12	13	27
7	Методы лечения пациентов с венерическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией и ИППП.	2	12	13	27
	Вид промежуточной аттестации:	зачет			+
		экзамен			
	Итого:	8	82	90	216

### 3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)	
				3 сем.	4 сем.
1	2	3	4	5	6

1	1	Современные представления об этиопатогенезе неинфекционных и инфекционных дерматологических заболеваний, ИППП.	Строение эпидермиса и дермы, слои, клетки, основное вещество, волокна, сосуды, нервные рецепторы. Патоморфологические изменения. Понятие о специфической гранулёме. Общая классификация кожных заболеваний инфекционные алергодерматозы, диффузные болезни соединительной ткани и другие системные дерматозы папулёзные - дерматозы с невыясненной этиологией, паранеопластические, пролиферативные - лимфомы аутоиммунные - вульгарная пузырчатка, буллёзный пемфигоид	2	
2	5	Различные новообразования кожи (меланоцитарные и немеланоцитарные), методы оптической диагностики.	Принципы оптической диагностики новообразований кожи. Виды дерматоскопов. Дерматоскопические признаки меланомы, БКР, дерматофибромы.	2	
3	6	Наследственные, врожденные и приобретенные дерматологические заболевания	Генетические заболевания кожи и ее придатков, современные методы их диагностики, подходы к лечению и профилактике		2
4	7	Препараты в лечении ВИЧ и ИППП на современном этапе.	Современные принципы терапии бактериальных, вирусных, сочетанных ИППП, венерических заболеваний. Протоколы, клинические рекомендации, руководства иностранных дерматологических сообществ.		2
<b>Итого:</b>				<b>4</b>	<b>4</b>

### 3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)	
				3 сем.	4 сем.
1	2	3	4	5	6
1	1	Физиология и биохимия кожи, основные функции кожи. Общая патология кожных болезней (морфологические элементы).	Строение кожи и ПЖК. Кровоснабжение и иннервация кожных покровов. Морфологические элементы экзантем и энантем. Гистологические основы патологии кожи.	4	
2	1	Современные представления об этиопатогенезе неинфекционных и инфекционных дерматологических заболеваний, ИППП. Иммуитет и иммунопатологические реакции. Аллергические реакции.	Физиология и биохимия кожи. Связь кожи с другими органами и системами, участие кожи в минеральном, белковом, углеводном, витаминном, ферментном и жировом обменах. Образование в коже биологически активных веществ. Основные функции кожи: защитная, терморегулирующая, выделительная, резорбционная, дыхательная. Кожа - орган чувств. Возрастные особенности кожи: кожа детей, взрослых и пожилых. Современные опубликованные и экспериментальные данные о новых этиопатогенетических механизмах дерматологических заболеваний на основе рандомизированных исследований. Иммуные реакции как основа аллергических и неаллергических заболеваний в дерматологии	4	
3	2	Микозы кожи и придатков: диагностика и дифференциальный диагноз. Болезни сальных и потовых желез	Этиопатогенез дерматомикозов, классификация, эпидемиология, клиника различных форм дерматомикозов, принципы диагностики и дифференциальной диагностики, лечения, профилактические мероприятия. Себорея, гипергидроз. Методы коррекции	6	
4	2	Основы трихологии: виды алопеций, диагностика, методы терапии.	Классификация алопеций по этиологическому принципу. Методики диагностики и дифференциальной диагностики. Лечение алопеций в зависимости от этиологического фактора.	6	
5	3	Аллергодерматозы: диагностика и дифференциальный	Этиопатогенез дерматитов, экземы, токсикодер-	6	



		диагноз.	мии, крапивницы, атопического дерматита. Эпидемиология, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Общие принципы терапии.		
6	3	Патология кожных покровов при заболеваниях внутренних органов и систем, нарушениях обмена веществ, нарушениях деятельности ЦНС.	Проявления заболеваний ЖКТ и печени, мочевыделительной, эндокринной системы у дерматологических пациентов. Проявления гематологических заболеваний на кожных покровах, патология нервной системы и дерматологические корреляции. Диагностический поиск при выявлении дерматологического заболевания при подозрении на патологию внутренних органов и систем, заболевания обмена веществ. Поражения кожи при заболеваниях нервной системы. Патомимии. Дисморфофобии.	4	2
7	3	Зачетное занятие	- практические навыки (отработка практических навыков на пациентах); - компьютерное тестирование (или на бумажном носителе); - собеседование (по билету, содержащему теоретические вопросы по пройденному материалу).	2	
8	4	Современные подходы к терапии неинфекционных заболеваний кожи, слизистых, ПЖК.	Особенности клинической картины папулодерматозов. Псориаз. Красный плоский лишай. Особенности клинической картины пузырных дерматозов (пузырчатка, дерматоз Дюринга, пемфигоид Левера). Синдром Лайелла. Эффективность классических терапевтических методик и новейшие разработки, основанные на принципах доказательной медицины по результатам многоцентровых, рандомизированных, плацебо-контролируемых исследований. Таргетная терапия. Место биологических препаратов в терапии среднетяжелых и тяжелых дерматозов.		6
9	4	Современные подходы к терапии инфекционных заболеваний кожи, слизистых, ПЖК.	Особенности течения пиодермий, вирусных заболеваний кожи и слизистых. Особенности клинической картины дерматозоонозов. Инфекционные эритемы: Розовый лишай Жибера. Многоформная экссудативная эритема. Синдром Стивенса-Джонсона.		6
10	5	Различные новообразования кожи (меланоцитарные и немеланоцитарные), методы оптической диагностики.	Особенности клинического течения новообразований кожи, лимфом кожи, паранеоплазий. Этиопатогенез новообразований кожи, классификация, клиника, диагностика новообразований кожи, общие принципы терапии. Фотодерматозы. Современное состояние проблемы.		6
11	5	Дисхромии: витилиго и хлоазма. Гиперкератозы и атрофии кожи: классификация, методы коррекции.	Учение о пигментообразующей функции кожи, обмен меланина в коже. Этиопатогенез дисхромий кожи. Классификация дисхромий, клиника различных форм дисхромий кожи, принципы диагностики, дифференциальной диагностики, общие принципы терапии. Этиопатогенез гиперкератозов, классификация, клиника различных форм, принципы диагностики и дифференциальной диагностики, общие принципы терапии. Этиопатогенез атрофии кожи, классификация, клиника атрофий кожи различной этиологии, принципы диагностики, дифференциальной диагностики, терапии.		6
12	6	Современные представления о генодерматозах. Ихтиоз и ихтиозиформные дерматозы.	Генетически обусловленные поражения кожи и ее придатков: ихтиоз, врожденный буллезный эпидермолиз.		6

13	6	Нейрофиброматоз. Синдром недержания пигмента.	Синдром недержания пигмента, факоматозы. Профилактика наследственной патологии.		6
14	7	Современные стандарты диагностики ВИЧ и ИППП.	Методы диагностики бактериальных и вирусных инфекций.		6
15	7	Препараты в лечении ВИЧ и ИППП на современном этапе.	Общемировые тенденции в лечении ИППП, венерических заболеваний и ВИЧ инфекции. Антибиотикорезистентность как глобальная проблема.		6
<b>Итого:</b>				<b>32</b>	<b>50</b>

### 3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	3	Физиология и биохимия кожи, основные функции кожи. Общая патология кожных болезней (морфологические элементы). Современные представления об этиопатогенезе неинфекционных и инфекционных дерматологических заболеваний, ИППП. Иммуитет и иммунопатологические реакции. Аллергические реакции.	Подготовка к практическим занятиям	12
2	3	Микозы. Патология придатков кожи. Болезни потовых и сальных желез. Основы трихологии. Поражение ногтевых пластин различного генеза.	Подготовка к практическим занятиям	13
3	3	Аллергодерматозы, зудящие дерматозы. Патология кожных покровов при заболеваниях внутренних органов и систем, нарушениях обмена веществ, нарушениях деятельности ЦНС.	Подготовка к практическим занятиям	11
<b>Итого часов в семестре:</b>				<b>36</b>
1	4	Аллергодерматозы, зудящие дерматозы. Патология кожных покровов при заболеваниях внутренних органов и систем, нарушениях обмена веществ, нарушениях деятельности ЦНС.	Подготовка к практическим занятиям	2
2	4	Неинфекционные заболевания кожи: диагностика и дифференциальный диагноз. Инфекционные и паразитарные заболевания кожи: диагностика и дифференциальный диагноз. Современные терапевтические методики.	Подготовка к практическим занятиям	13
3	4	Новообразования кожи. Паранеоплазии. Дисхромии кожи. Гиперкератозы. Атрофии кожи.	Подготовка к практическим занятиям	13
4	4	Наследственные дерматологические заболевания.	Подготовка к практическим занятиям	13
5	4	Методы лечения пациентов с венерическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией и ИППП.	Подготовка к практическим занятиям	13
<b>Итого часов в семестре:</b>				<b>54</b>
<b>Всего часов на самостоятельную работу:</b>				<b>90</b>

## Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)

### 4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.

### 4.2. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

#### 4.2.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматовенерология: нац. руководство с компакт-диском	под ред. Ю.К. Скрипкина и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014	2	ЭБ «Консультант врача»

2	Дерматовенерология: руководство для врачей	Ю. С. Бутов [и др.].	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2017	2	
3	Кожные и венерические болезни: учеб. руководство для врачей	В.П. Адашкевич, В.М. Козин.	М.: Медицинская литература, 2013	1	
4	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБ «Консультант врача»

#### 4.2.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматология (атлас – справочник).	Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд.	М.: Практика, 1998	2	-
2	Атлас грибковых заболеваний: атлас	К. А. Кауфман	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010	1	-
3	Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для врачей	С. В. Кошкин, Т. В. Чермных	Кировская ГМА. Киров. 2009	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Атлас возбудителей грибковых инфекций [Электронный ресурс]	Е. Н. Москвитина, Л. В. Федорова, Т. А. Мукомолова, В. В. Ширяев	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 208 с.	-	ЭБС «Консультант врача»
5	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с.	-	ЭБС «Консультант студента»

#### 4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

<http://www.skinmaster.ru/> Цифровой дневник дерматолога открыт летом 2007 года и ведется известным клиницистом — профессором дерматологии Юрием Валентиновичем Сергеевым

<http://www.venerologia.ru/> - ресурс по венерологии

<http://www.medlub.ru/rus/56/77/> Проект создан для помощи в поиске информации о различных заболеваниях, о методах лечения

<http://dermatologiya.info/> Дерматология.инфо - медицинский ресурс по кожным заболеваниям

<http://www.cnikvi.ru/> ФГБУ "Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии".

<http://www.cnikvi.ru/content.php?id=4.401> Клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов и косметологов 2010.

<http://www.rodv.ru/> сайт Российского общества дерматовенерологов и косметологов

<http://www.vestnikdv.ru/> сайт научно-практического журнала «Вестник дерматологии и венерологии»

<http://www.ippp.ru/> справочные материалы по ИППП. Иллюстрированные тесты по дерматологии <http://dermatlas.med.jhmi.edu/derm/> <http://dermatologie.free.fr/index.htm> <http://www.dermatlas.net/>

##### Тесты по дерматовенерологии

<http://92.52.88.130/dermatology/derm2/index.htm>

<http://www.mcqsonline.com/edoctor/skinmocks.htm>

<http://dermnetnz.org/doctors/quizzes/>

<http://library.med.utah.edu/kw/derm/DermQuiz/index.htm>

<http://www.childsdoc.org/dermatologylist.asp>

<http://www.quizmoz.com/quizzes/Medic...ology-Quiz.asp>

**Атласы:**

<http://www.meddean.luc.edu/lumen/MedEd/medicine/dermatology/MELTON/atlas.htm>

<http://www.lib.uiowa.edu/HARDIN/MD/DERMPICTURES.HTML>

<http://www.skinsight.com/skinConditionFinder.htm>

<http://www.drnelton.com/Chicago/skincancerpictures>

<http://venuro.info/index.php>

<http://www.mycology.adelaide.edu.au>

<http://dermatology.ru>

#### **4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем**

Для осуществления образовательного процесса используются:  
печатные, электронные и технические средства обучения и контроля знаний.

Средства обучения включают в себя учебники, учебные и учебно-методические пособия, пособия для врачей, методические рекомендации, мультимедийные презентации, электронные учебники и пособия, электронные базы данных, обучающие компьютерные программы, презентации, слайд-лекции, видеолекции комплекты плакатов, муляжей, наборы ситуационных задач.

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043\_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043\_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
3. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 15.08.2019 до 22.08.2020 г., номер лицензии 280E-190815-062320-550-1683
4. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),
5. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки).

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

- 1) Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: <http://www.e-library.ru/>.
- 2) Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».
- 3) «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: <http://elib.kirovgma.ru/>.
- 4) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
- 5) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: <http://www.biblioclub.ru>.
- 6) ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>
- 7) ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: <http://ibooks.ru>.

#### **4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)**

В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

- помещения для проведения занятий лекционного типа (*каб. № 819, корпус 3, г. Киров, ул. К. Маркса, 112*),
- помещения для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций (*каб. № 1, 2, 3 кафедры дерматовенерологии, КОККВД, г. Киров, ул. Семашко, 2а – база практической подготовки*),

- помещения для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации (*каб. № 1, 2, 3 кафедры дерматовенерологии, КОККВД, г. Киров, ул. Семашко, 2а – база практической подготовки*),
- помещения для самостоятельной работы (*каб. № 414 (компьютерный класс), корпус 3, г. Киров, ул. К. Маркса, 112*),
- помещения для хранения и профилактического обслуживания оборудования (*каб. № 1, 2, 3 кафедры дерматовенерологии, КОККВД, г. Киров, ул. Семашко, 2а – база практической подготовки*),
- лаборатория иммуногематологии ФГБУН Кировский НИИ гематологии и ПК ФМБА России (*г. Киров, ул. Красноармейская, 70*).

Специальные помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля).

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду организации.

## **Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)**

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу (подготовка к практическим занятиям).

Основное учебное время выделяется на практические, а также на самостоятельную работу обучающихся.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения по дерматовенерологии.

### **Лекции:**

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении следующих тем дисциплины:

- Современные представления об этиопатогенезе неинфекционных и инфекционных дерматологических заболеваний, ИППП.
- Различные новообразования кожи (меланоцитарные и немеланоцитарные), методы оптической диагностики.
- Наследственные, врожденные и приобретенные дерматологические заболевания
- Препараты в лечении ВИЧ и ИППП на современном этапе.

На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к зачету и экзамену, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

### **Практические занятия:**

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области изучения кожных и венерических болезней.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, отработки практических навыков, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических больных.

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в письменном виде, в виде презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебной дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

Семинар традиционный по темам:

- Современные представления об этиопатогенезе неинфекционных и инфекционных дерматологических заболеваний, ИППП. Иммунитет и иммунопатологические реакции. Аллергические реакции.
- Патология кожных покровов при заболеваниях внутренних органов и систем, нарушениях обмена веществ, нарушениях деятельности ЦНС.
- Современные подходы к терапии неинфекционных заболеваний кожи, слизистых, ПЖК.
- Дисхромии: витилиго и хлоазма. Гиперкератозы и атрофии кожи: классификация, методы коррекции.
- Нейрофиброматоз. Синдром недержания пигмента.
- Препараты в лечении ВИЧ и ИППП на современном этапе.

Конференция по теме:

- Основы трихологии: виды алопеций, диагностика, методы терапии.
- Современные стандарты диагностики ВИЧ и ИППП.

Практикум по теме:

- Физиология и биохимия кожи, основные функции кожи. Общая патология кожных болезней (морфологические элементы).
- Микозы кожи и придатков: диагностика и дифференциальный диагноз. Болезни сальных и потовых желез.
- Аллергодерматозы: диагностика и дифференциальный диагноз.
- Современные подходы к терапии неинфекционных заболеваний кожи, слизистых, ПЖК.
- Различные новообразования кожи (меланоцитарные и немеланоцитарные), методы оптической диагностики.
- Современные представления о генодерматозах. Ихтиоз и ихтиозиформные дерматозы.

**Самостоятельная работа:**

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Дерматовенерология» и включает подготовку к практическим занятиям.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Дерматовенерология» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно проводят работу с больными, обсуждают их на занятиях. Работа с тематическими больными, клинические разборы способствуют формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме собеседования в ходе занятий.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля, проверки практических умений, собеседования. Для текущего контроля освоения дисциплины используется рейтинговая система.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

## **Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) (приложение А)**

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя, ознакомления с базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесообразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основными формами промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине являются зачет и экзамен. На зачетном занятии и экзамене обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы дисциплины - залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

## **Раздел 7. Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) (приложение Б)**

Оценочные средства – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т.е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

ОС как система оценивания состоит из трех частей:

1. Структурированного перечня объектов оценивания.
2. Базы учебных заданий.
3. Методического оснащения оценочных процедур.

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации по дисциплине представлен в приложении Б.

**Приложение А к рабочей программе дисциплины (модуля)**

**Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)  
«Дерматовенерология»**

Направление подготовки 31.06.01 Клиническая медицина  
Профиль – Кожные и венерические болезни  
Форма обучения очная

**Раздел 1. Физиология и биохимия кожи, основные функции кожи. Общая патология кожных болезней (морфологические элементы). Современные представления об этиопатогенезе неинфекционных и инфекционных дерматологических заболеваний, ИПШ. Иммунитет и иммунопатологические реакции. Аллергические реакции.**

**Тема 1.1: Физиология и биохимия кожи, основные функции кожи. Общая патология кожных болезней (морфологические элементы).**

**Цель:** формирование знаний в области анатомии и физиологии кожи, ее придатков и слизистых оболочек, морфологии сыпей.

**Задачи:**

- Изучить анатомию и физиологию кожи, ее придатков, слизистых оболочек и красной каймы губ;
- Изучить патоморфологию экзантем и энантем;
- Рассмотреть понятие полиморфизма сыпей.

**Обучающийся должен знать:** Строение эпидермиса и дермы, слои, клетки, основное вещество, волокна, сосуды, нервные рецепторы. Патоморфологические изменения. Понятие о специфической гранулёме. Общая классификация кожных заболеваний. Роль кожи в защитных реакциях организма. Провоцирующие факторы экзо- и эндогенного характера.

**Обучающийся должен уметь:** Дифференцировать морфологические элементы, описывать очаги поражения, излагать самостоятельно точку зрения, анализа и логического мышления, пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности. Собрать анамнез у больного кожным и/или венерическим заболеванием. Осмотреть кожу, волосы, ногти, слизистую оболочку красной каймы губ у взрослых и детей.

**Обучающийся должен владеть:** навыками клинического определения первичных и вторичных морфологических элементов на коже, губах и слизистой оболочке полости рта и гениталий, определения по вторичным морфологическим элементам предшествующие им первичные морфологические элементы, осмотра кожи, волос, ногтей, слизистой оболочки, красной каймы губ у взрослых и детей, описания клинической картины поражения кожи и слизистой оболочки полости рта и гениталий у взрослых и детей, сбора анамнеза у больного кожным заболеванием.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

- Анатомия и физиология кожи. Эпидермис. Дерма. Подкожная жировая клетчатка. Кровеносные и нервно-рецепторный аппарат. Придатки кожи. Функции кожи.
- Строение слизистой оболочки рта и красной каймы губ.
- Основные патологические процессы, проходящие в коже и слизистых оболочках.
- Первичные и вторичные морфологические элементы.

**2. Практическая работа.** *Выполнение практических заданий (решение ситуационных задач, отработка практических навыков (проведение диаскопии, определение дермографизма)).*

**3. Решить ситуационные задачи**



### 1) Алгоритм разбора задач

- описать локальный статус;
- выделить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи;
- по возможности установить предполагаемый диагноз.

### 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

На коже лица больного располагаются сгруппированные, возвышающиеся над уровнем кожи бесполостные элементы, размером 0,5 x 0,5 см округлой формы, среди них располагаются такой же величины язвочки, покрытые корочками и мелкие рубцы различной окраски – синюшной и бурой. Какие первичные морфологические элементы имеются у больного, и с какими элементами их надо дифференцировать?

Ответ: Бугорки. Необходимо дифференцировать с узелками. Локальный статус описан в условии задачи. Первичные морфологические элементы: бугорки. Вторичные морфологические элементы: язвочки, корочки и мелкие рубцы.

### 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1. На коже лица больного располагаются сгруппированные, возвышающиеся над уровнем кожи бесполостные элементы, размером 0,5 x 0,5 см округлой формы, среди них располагаются такой же величины язвочки, покрытые корочками и мелкие рубцы различной окраски – синюшной и бурой. Какие первичные морфологические элементы имеются у больного и с какими элементами их надо дифференцировать?
2. На прием к врачу обратился больной, у которого на коже лица и волосистой части головы располагаются корки желтовато-зеленого цвета. Из каких морфологических элементов они образовались?
3. В очаге поражения у больного имеются эритема, мелкие папулы, микровезикулы, эрозии, корочки. Назовите характер сыпи и обоснуйте Ваше заключение.
4. На коже груди у больного имеются многочисленные эрозии размером 0,3 x 0,2 см с округлыми краями. К первичным или вторичным морфологическим элементам они относятся и их исход?
5. Гистологически в препарате выявлен паракератоз. Каким морфологическим элементом этот процесс может выразиться клинически?

## 4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается разбор ситуационных задач.

### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы аспирантов по указанной теме:*

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля*

- Анатомическое строение эпидермиса, дермы и гиподермы.
- Какие функции выполняет кожа?
- Анатомические и физиологические особенности кожи у детей и лиц пожилого и старческого возраста.
- Что относится к придаткам кожи?
- Клиника и патогистология морфологических элементов.
- Какие патогистологические изменения в коже наблюдаются при каких дерматозах?

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

Аспирант, отвечая на поставленный вопрос, выбирает из пяти возможных комбинаций единственно правильный ответ согласно следующему коду:

I – правильный ответ 1

II – правильные ответы 2 и 4

III – правильные ответы 1, 3, 5

IV – нет правильных ответов

V – все ответы правильные

1. Эпидермис имеет следующие слои:

1. Роговой
2. Зернистый
3. Шиповатый
4. Базальный
5. Блестящий

2. Акантоз — это увеличение числа клеток:

1. Шиповатого слоя
2. Рогового слоя

3. Зернистого слоя

4. Базального слоя

5. Блестящего слоя

3. При старении кожи наблюдаются:

1. Изменение биохимического состава
2. Снижение активности ферментов кожи
3. Дилатация сосудов дермы
4. Повышение содержания в коже солей кальция и калия

5. Уменьшение количества эластина
4. Полная регенерация видимой части ногтя происходит:
  1. За 4-5 месяцев
  2. За 3—4 месяца
  3. За 2-3 месяца
  4. За 1—2 месяца
  5. Свыше 5 месяцев
5. Эпидермис обеспечивает следующие виды резистентности:
  1. Противохимическую
  2. Противолучевую
  3. Электросопротивление
  4. Антимикробную
  5. Механическую
6. Сальные железы могут быть:
  1. Альвеолярными
  2. Трубочатыми
  3. Голокриновыми
  4. Эккринными
  5. Связанными с волосяными фолликулами
7. Из каких клеток состоит базальный слой эпидермиса?
  1. Базальных эпидермоцитов
  2. Шиповатых эпидермоцитов
  3. Меланоцитов
  4. Клеток Лангерганса
  5. Осязательных клеток Меркеля
8. Сальные железы:
  1. Открываются в волосяной фолликул
  2. Открываются на поверхность кожи
  3. Регулируются половыми железами
  4. Имеют альвеолярное строение
  5. Имеют голокриновый тип секреции
9. Кожа выполняет следующие функции:
  1. Защитную
  2. Дыхательную
  3. Резорбционную
  4. Терморегуляторную
  5. Рецепторную
10. Для апокринных потовых желез характерен тип секрeции:
  1. С частичным разрушением секреторных клеток
  2. Без разрушения секреторных клеток
  3. С полным разрушением секреторных клеток
  4. С разрушением секреторных и сократительных клеток
  5. С разрушением только сократительных клеток
11. Апокринные железы локализуются:
  1. В области подмышечных впадин
  2. На ладонях
  3. В области половых органов
  4. В паховых складках
5. В области промежности
12. Сальные железы подразделяются:
  1. По виду секреции
  2. По размеру
  3. По строению
  4. По связанности с волосом
  5. По локализации
13. К придаткам кожи относятся:
  1. Ногти
  2. Волосы
  3. Мышцы кожи
  4. Потовые железы
  5. Сальные железы
14. За температурную чувствительность отвечают:
  1. Клетки Меркеля
  2. Колбы Краузе
  3. Тельца Фатера-Пачини
  4. Тельца Руффки
  5. Тельца Мейснера
15. Особенности строения кожи у детей являются:
  1. Сглаженность базальной мембраны
  2. Тонкий роговой слой
  3. Увеличение числа митозов в базальном слое
  4. Большая васкуляризация
  5. Гидрофильность коллагеновых волокон
16. Потовые железы выполняют следующие функции:
  1. Экскреторная
  2. Секреторная
  3. Терморегулирующая
  4. Защитная
  5. Бактерицидная
17. К первичным морфологическим элементам относятся:
  1. Папула
  2. Рубец
  3. Везикула
  4. Трещина
  5. Волдырь
18. Какой морфологический элемент может возникнуть на месте везикулы?
  1. Корка
  2. Трещина
  3. Пустула
  4. Чешуйка
  5. Эрозия
19. Какие первичные морфологические элементы разрешаются бесследно?
  1. Папула
  2. Волдырь
  3. Везикула
  4. Пузырь
  5. Импетиго

20. Какие первичные морфологические элементы разрешаются с образованием рубца?
1. Бугорок
  2. Папула
  3. Узел
  4. Пузырь
  5. Эктима
21. Какой первичный морфологический элемент по-является при пузырчатке?
1. Пузырь
  2. Папула
  3. Пузырек
  4. Розеола
  5. Волдырь
22. Какой первичный морфологический элемент появляется при туберкулезе кожи?
1. Бугорок
  2. Волдырь
  3. Папула
  4. Пустула
  5. Эктима
23. Какие первичные морфологические элементы возникают при многоформной экссудативной эритеме?
1. Пятно
  2. Папула
  3. Везикула
  4. Бугорок
  5. Пузырь
24. Чем отличается пузырь от пузырька?
1. Размером
  2. Формой
  3. Содержимым
  4. Глубиной поражения
  5. Эволюцией
25. Какие по размеру бывают папулы?
1. Милиарные
  2. Субэпидермальные
  3. Лентикулярные
  4. Интраэпидермальные
  5. Нуммулярные
26. Импетиго отличается от фликтены:
1. Содержимым
  2. Глубиной залегания в эпидермисе
  3. Размером
  4. Видом покрышки
  5. Эволюцией
27. Какие морфологические элементы относятся к пустулам?
1. Импетиго
  2. Фликтена
  3. Эктима
  4. Рупия
  5. Фолликулит
28. Какие бывают рубцы?
1. Нормотрофические
  2. Сосудистые
  3. Келлоидные
  4. Сосочковые
  5. Атрофические
29. Чем отличается узел от бугорка?
1. Формой
  2. Размером
  3. Цветом
  4. Глубиной залегания в коже
  5. Составом клеточного инфильтрата
30. Чем отличается папула от волдыря?
1. Размером
  2. Не исчезает при надавливании
  3. Цветом
  4. Относится к пролиферативным морфологическим элементам
  5. Формой
31. Какие вторичные морфологические элементы заживают с образованием рубца?
1. Лихенизация
  2. Язва
  3. Эрозия
  4. Трещина
  5. Экскориация
32. Какие вторичные морфологические элементы разрешаются бесследно?
1. Эрозия
  2. Вегетация
  3. Лихенификация
  4. Чешуйка
  5. Трещина
33. Какие вторичные морфологические элементы могут возникнуть на месте пустулы?
1. Эрозия
  2. Чешуйка
  3. Корка
  4. Лихенификация
  5. Рубец
34. Истинный полиморфизм это:
1. Появление одновременно нескольких первичных морфологических элементов
  2. Появление одновременно нескольких вторичных морфологических элементов
  3. Последовательная эволюция морфологических элементов
  4. Появление морфологических элементов в виде приступов
  5. Бесследное разрешение морфологических элементов
35. Эволюционный полиморфизм — это:
1. Последовательное превращение одного морфологического элемента в другой
  2. Появление одновременно нескольких первичных морфологических элементов
  3. Появление одновременно нескольких вторичных морфологических элементов
  4. Разрешение морфологических элементов с

образованием рубцов

5. Бесследное разрешение первичных морфологических элементов

30. Гиперкератоз — это:

1. Утолщение рогового слоя эпидермиса
2. Утолщение зернистого слоя эпидермиса
3. Удлинение сосочков дермы
4. Размножение клеток шиловидного слоя
5. Появление митозов в базальном слое

37. Гранулез — это:

1. Утолщение зернистого слоя эпидермиса
2. Утолщение рогового слоя эпидермиса
3. Разрыв связей между клетками шиловидного слоя эпидермиса
4. Появление вакуолей в базальных эпидермоцитах
5. Утолщение шиповидного слоя эпидермиса

38. Вакуольная дегенерация — это:

1. Внутриклеточный отек
2. Внеклеточный отек
3. Образование вакуолей в цитоплазме эпидермоцитов
4. Разрыв десмосом
5. Пикноз ядер эпидермоцитов

39. Спонгиоз — это

1. Межклеточный отёк
2. Внутриклеточный отек
3. Разрыв связей между шиповатыми эпидермоцитами
4. Разрыв связей между шиповатыми эпидермоцитами в десмосомах
5. Формирование интраэпидермальных пузырьков

40. Папилломатоз — это:

1. Удлинение сосочков дермы
2. Утолщение всех слоев эпидермиса
3. Разветвление сосочков дермы
4. Избыточные митозы в базальном слое
5. Поднятие эпидермиса сосочками дермы

41. Регуляция секреции сальных желез осуществляется:

1. Нервной системой
2. Гормонами поджелудочной железы
3. Гормонами гипофиза
4. Гормонами щитовидной железы
5. Гормонами надпочечников

42. В состав секрета сальных желёз входят:

1. Нейтральные жиры
2. Стероидные гормоны
3. Азотистые соединения
4. Стеарины
5. Фосфорные соединения

43. В состав пота, выделяемого эккринными потовыми железами входят:

1. Соли кальция
2. Вода

3. Мочевая кислота

4. Углеводы

5. Аммиак

44. При старении кожи наблюдается:

1. Снижение активности ферментов в эпидермисе
2. Повышенное содержание калия
3. Усиление активности ферментов в дерме
4. Повышение содержания кальция
5. Изменение биохимического состояния кожи

45. При характеристике первичных морфологических элементов следует учитывать:

1. Величину элементов
2. Очертания и форму
3. Цвет
4. Консистенцию
5. Поверхность элемента

46. Корень волоса состоит из:

1. Сосочка волоса
2. Кутикулы
3. Наружного корневого влагалища
4. Стержня
5. Внутреннего корневого влагалища

47. При осмотре здоровых участков кожи следует учитывать:

1. Цвет кожи
2. Тургор
3. Пото- и салоотделение
4. Состояние придатков кожи
5. Состояние подкожно-жировой клетчатки

48. При клиническом исследовании кожи используют данные:

1. Пальпации
2. Поскабливания
3. Диаскопии
4. Дермографизма
5. Исследования мышечно-волоскового рефлекса

49. При проведении дифференциального диагноза следует учитывать данные:

1. Анамнеза
2. Клинической картины заболевания
3. Результаты общего лабораторного исследования
4. Результаты гистологии
5. Результаты внутрикожных проб

50. Атрофия кожи — это:

1. Уплотнение сосочкового слоя
2. Уменьшение количества сосудов дермы
3. Истончение сетчатого слоя
4. Межклеточный отек
5. Сглаженность эпидермо-дермальной границы

51. Роговой слой обеспечивает:

1. Механическую резистентность
2. Противолучевую резистентность

3. Противохимическую резистентность
4. Тактильную резистентность
5. Электросопротивление

52. Многослойный плоский эпителий слизистой оболочки полости рта состоит из:

1. Блестящего слоя
2. Рогового слоя
3. Зернистого слоя
4. Промежуточного слоя
5. Шиповатого слоя

53. При каких заболеваниях полости рта образуются зернистый и роговой слои?

1. Красный плоский лишай
2. Пемфигоид
3. Лейкоплакия
4. Псориаз
5. Красная волчанка

54. Какими сосочками покрыта слизистая оболочка языка?

1. Нитевидными
2. Колбовидными
3. Грибовидными
4. Листовидными
5. Валикообразными

#### Правильные ответы:

1-5	7-3	13-5	19-5	25-3	31-2	37-1	43-5	49-5
2-1	8-5	14-2	20-3	26-2	32-5	38-3	44-5	50-3
3-5	9-5	15-5	21-1	27-5	33-3	39-3	45-5	51-3
4-1	10-1	16-5	22-1	28-3	34-1	40-3	46-3	52-3
5-5	11-3	17-3	23-3	29-2	35-1	41-3	47-5	53-3
6-3	12-2	18-3	24-1	30-2	36-1	42-5	48-5	54-3

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматовенерология: нац. руководство с компакт-диском	под ред. Ю.К. Скрипкина и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014	2	ЭБ «Консультант врача»
2	Дерматовенерология: руководство для врачей	Ю. С. Бутов [и др.].	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2017	2	
3	Кожные и венерические болезни: учеб. руководство для врачей	В.П. Адашкевич, В.М. Козин.	М.: Медицинская литература, 2013	1	
4	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБ «Консультант врача»

##### Дополнительная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматология (атлас – справочник).	Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд.	М.: Практика, 1998	2	-
2	Атлас грибковых заболеваний: атлас	К. А. Кауфман	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010	1	-
3	Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для врачей	С. В. Кошкин, Т. В. Чермных	Кировская ГМА. Киров. 2009	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Атлас возбудителей грибковых инфекций [Электронный ресурс]	Е. Н. Москвитина, Л. В. Федорова, Т. А. Мукомолова, В. В. Ширяев	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 208 с.	-	ЭБС «Консультант врача»
5	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с.	-	ЭБС «Консультант студента»

		Теплюк			
--	--	--------	--	--	--

## Тема 1.2: Современные представления об этиопатогенезе неинфекционных и инфекционных дерматологических заболеваний, ИППП. Иммуитет и иммунопатологические реакции. Аллергические реакции.

**Цель:** формирование целостной системы знаний в области этиологии и патогенеза кожных и венерических заболеваний.

### Задачи:

- Изучить общую классификацию кожных и венерических заболеваний.
- Рассмотреть этиологические факторы кожных заболеваний.
- Сформировать навыки диагностики и дифференциальной диагностики инфекционных и неинфекционных кожных заболеваний.

**Обучающийся должен знать:** алгоритмы осмотра дерматологического больного, сбора анамнеза заболевания, описание характера поражения кожи и дерматологического статуса.

**Обучающийся должен уметь:** Осмотреть кожу, волосы, ногти, слизистую оболочку красной каймы губ у взрослых и детей. Дифференцировать морфологические элементы, описывать очаги поражения, иметь понятие о полиморфизме и мономорфизме сыпей, проводить диагностические пробы и приемы при различных дерматозах. Выявлять псориазическую триаду, симптом Кебнера, воротничок Воронова, сетку Уикхема, изоморфную реакцию, симптом Никольского, проводить диагностические тесты при коллагенозах, микозах, пузырьных дерматозах. Определять дермографизм.

**Обучающийся должен владеть:** навыками дифференцирования морфологических элементов, описания очагов поражения, методикой проведения диагностических проб и приемов при различных дерматозах; выявления псориазической триады, симптома Кебнера, воротничка Воронова, сетки Уикхема, вычисления Индекса SCORAD, определения симптома Никольского, дермографизма, постановки и оценки кожных проб. Методикой проведения диагностических проб при разных формах микозов. Пользоваться лампой Вуда для диагностики микроспории.

### Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

#### 1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Классификация дерматозов по этиологическому фактору.
- Понятие облигатных и факультативных этиологических факторов.
- Понятие сенсibilизации и идиосинкразии.
- Понятие гиперчувствительности 1-4 типов.
- Общие принципы сбора анамнеза.
- Осмотр кожного покрова и слизистых оболочек.
- Общая характеристика сыпей и элементов.
- Специальные исследования и пробы в зависимости от показаний.

**2. Практическая работа.** *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков (проведение диагностических проб Бальцера, Ядассона, определение псориазической триады, феномена Кебнера, симптомов Денье-Моргана, Пинкуса, Бенье-Мещерского, Хачатурьяна, воротничка Биетта, ожерелья Венеры), по алгоритму под контролем преподавателя.*

#### 3. Решить ситуационные задачи

Задания выполняются аспирантами самостоятельно под руководством преподавателя. Решение ситуационных задач не заменяет работу с больными, но дополняет ее путем моделирования различных клинических ситуаций. Под задачей в учебном процессе понимается ситуация, предъявленная и принятая аспирантом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. Под успешностью решения задачи понимается правильность решения, затраченное время, количество и характер допущенных ошибок. Так как решение ситуационных задач включает обоснование диагноза, план лечения, решение деонтологических вопросов, построение плана профилактики заболевания и является единоличным решением аспиранта, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности аспирантов.

##### 1) Алгоритм разбора задач

- описать локальный статус;
- выделить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи;
- по возможности установить предполагаемый диагноз.

## 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

На коже лица больного располагаются сгруппированные, возвышающиеся над уровнем кожи бесполостные элементы, размером 0,5 x 0,5 см округлой формы, среди них располагаются такой же величины язвочки, покрытые корочками и мелкие рубцы различной окраски – синюшной и бурой. Какие первичные морфологические элементы имеются у больного, и с какими элементами их надо дифференцировать?

Ответ: Бугорки. Необходимо дифференцировать с узелками. Локальный статус описан в условии задачи. Первичные морфологические элементы: бугорки. Вторичные морфологические элементы: язвочки, корочки и мелкие рубцы.

## 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1. На коже разгибательных поверхностей плеч, предплечий, бедер и голени у больного имеются белые пятна округлой формы, различных размеров, поверхность их слегка шелушится. Крупные пятна имеют фестончатые границы. Рядом располагаются папулезные элементы и бляшки. Можно ли определить являются ли депигментированные пятна первичными или вторичными и какой их характер у данного больного?

2. Больной жалуется на высыпания, возвышающиеся над окружающей кожей, ярко-красного цвета, рассеянные на коже туловища. Болен 2 дня. Высыпные элементы существуют в течение нескольких часов, затем самопроизвольно исчезают и появляются вновь на новом месте. Какие морфологические элементы имеются на коже у больного и механизм их образования?

3. Гистологически в препарате выявлен акантоз. Каким морфологическим элементом он будет представлен на коже?

4. На прием к врачу дерматологу обратилась мать с ребенком 5 лет с жалобами на высыпания на коже живота, внутренних поверхностей бедер, сгибательных поверхностях предплечий. Болен неделю. При осмотре в указанных местах имеются бесполостные, возвышающиеся элементы, розового цвета, размером 0,2 x 0,2 см и полостные, возвышающиеся образования, размером 0,2 x 0,1 см, следы расчесов. Какие морфологические элементы имеются у ребенка.

5. Гистологически в препарате выявлен акантолиз. Каким морфологическим элементом он будет представлен на коже?

## 4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается разбор ситуационных задач.

### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы аспирантов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

- Аллергические реакции замедленного и немедленного типа
- Дифференциальная диагностика аллергодерматозов и инфекционных дерматозов
- Диагностические пробы и их патоморфологическое и патофизиологическое обоснование: Проба Бальцера, Симптом Бенъе-Мещерского, «дамского каблучка», Симптом Горчакова-Арди, Проба Ядассона, Использование лампы Вуда, Симптом «наперстка», «масляного пятна», «полированных ногтей», Линии Денъе-Моргана, Ожерелье Венеры.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Оценка морфологических элементов предусматривает определение

- а) размеров и цвета
- б) формы и конфигурации
- в) консистенции
- г) поверхности, дна, содержимого, границ
- д) всего перечисленного

3. Цвет кожи зависит

- а) от толщины рогового слоя
- б) от количества меланина
- в) от кровенаполнения сосудов
- г) от других веществ в коже (каротина, гемосидерина)
- д) от всего перечисленного

2. Воспаление дермы характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) отека
- б) расширения сосудов
- в) выхода белков плазменного происхождения и форменных элементов крови за пределы сосудистого русла
- г) формирования периваскулярных или диффузных клеточных пролифератов
- д) сглаживания сосочков дермы

4. Клиническая оценка кожной сыпи предусматривает все перечисленное, кроме

- а) определения характера сыпи (воспалительная или невоспалительная)
- б) распространенности процесса
- в) локализации
- г) определения морфологических элементов
- д) определения кожных сосудистых реакций

5. Проницаемость кожи повышается при всем перечисленном, кроме  
 а) мацерации рогового слоя  
 б) смазывания раздражающими веществами, усиливающими кровотоки  
 в) влияния ионизирующего излучения  
 г) голодания  
 д) механических воздействий
6. Важнейшими функциональными методами исследования в дерматологии являются  
 а) определение интенсивности сало- и потоотделения, pH  
 б) определение температуры кожи и терморегуляции  
 в) определение сопротивления кожи электрическому току  
 г) сосудистые кожные реакции  
 д) все перечисленные
7. Осмотр больного кожным заболеванием предусматривает оценку  
 а) тургора кожи  
 б) цвета кожи  
 в) воспалительных и невоспалительных изменений кожи  
 г) состояния придатков кожи  
 д) всего перечисленного
8. Комплексное клиническое исследование кожи включает все перечисленное, кроме  
 а) граттажа (поскабливания)  
 б) пальпации  
 в) диаскопии  
 г) измерения температуры кожи  
 д) измерения электросопротивления
9. Проведение дифференциального диагноза предусматривает оценку  
 а) анамнеза  
 б) клинической картины заболевания  
 в) результатов лабораторного и гистологического обследования  
 г) пробного лечения  
 д) всего перечисленного

Правильные ответы:

1-д      2-д      3-д      4-д      5-д      6-д      7-д      8-д      9-д

**Рекомендуемая литература:**

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматовенерология: нац. руководство с компакт-диском	под ред. Ю.К. Скрипкина и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014	2	ЭБ «Консультант врача»
2	Дерматовенерология: руководство для врачей	Ю. С. Бутов [и др.].	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2017	2	
3	Кожные и венерические болезни: учеб. руководство для врачей	В.П. Адаскевич, В.М. Козин.	М.: Медицинская литература, 2013	1	
4	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБ «Консультант врача»

Дополнительная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматология (атлас – справочник).	Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд.	М.: Практика, 1998	2	-
2	Атлас грибковых заболеваний: атлас	К. А. Кауфман	М: "ГЭОТАР-Медиа", 2010	1	-
3	Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для врачей	С. В. Кошкин, Т. В. Чермных	Кировская ГМА. Киров. 2009	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Атлас возбудителей грибковых инфекций [Электронный ресурс]	Е. Н. Москвитина, Л. В. Федорова, Т. А. Мукомолова, В. В. Ширяев	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 208 с.	-	ЭБС «Консультант врача»



Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с.	-	ЭБС «Консультант студента»
---	---------------------------------------	----------------------------------	---	----------------------------

## **Раздел 2: Микозы. Патология придатков кожи. Болезни потовых и сальных желез. Основы трихологии. Поражение ногтевых пластин различного генеза.**

### **Тема 2.1: Микозы кожи и придатков: диагностика и дифференциальный диагноз. Болезни сальных и потовых желез.**

**Цель:** формирование знаний, умений и навыков в области диагностики и лечения грибковых заболеваний кожи и придатков, болезней сальных и потовых желез.

#### **Задачи:**

- Изучить классификацию микозов, клиническое течение болезней придатков кожи.
- Сформировать навыки диагностики и дифференциальной диагностики микозов.
- Рассмотреть методики терапии микозов, болезней сальных и потовых желез.

**Обучающийся должен знать:** современные представления об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, особенности клинических проявлений их, принципы их лечения.

**Обучающийся должен уметь:** использовать полученные знания для проведения клинического обследования больных; провести дифференциальный диагноз на основании критериев диагностики различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП, составить план обследования с учётом патологии используя наиболее информативные методы исследования; с учётом имеющихся классификаций сформулировать полный клинический диагноз, составить план ведения конкретного пациента, подобрать адекватную терапию

**Обучающийся должен владеть:** Навыками дифференциального диагноза и интерпретации результатов обследований; методиками разработки индивидуального плана ведения пациента навыками научно-исследовательской работы.

#### **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

##### **1. Ответить на вопросы по теме занятия**

- Основные этиологические и патогенетические факторы микозов.
- Дифференциально диагностические признаки керато- и дерматомикозов, кандидозов.
- Основные принципы общего и местного лечения грибковых заболеваний кожи.
- Основные принципы первичной и вторичной профилактики грибковых болезней и ее придатков.
- Основы этиопатогенеза себореи, гипергидроза.
- Общие и местные методы терапии себореи и гипергидроза.

**2. Практическая работа.** *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков (сбор жалоб и анамнеза у больного с микозом, осмотр и описание кожных покровов и придатков, дифференциальный диагноз микозов, интерпретация основных методов обследования, назначение местной и общей терапии, оформление рецептов), освоение манипуляций (забор материала из патологического очага для бактериоскопического и культурального исследований) по алгоритму под контролем преподавателя.*

##### **3. Решить ситуационные задачи**

Задания выполняются аспирантами самостоятельно под руководством преподавателя. Решение ситуационных задач не заменяет работу с больными, но дополняет ее путем моделирования различных клинических ситуаций. Под задачей в учебном процессе понимается ситуация, предъявленная и принятая аспирантом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. Под успешностью решения задачи понимается правильность решения, затраченное время, количество и характер допущенных ошибок. Так как решение ситуационных задач включает обоснование диагноза, план лечения, решение деонтологических вопросов, построение плана профилактики заболевания и является единоличным решением аспиранта, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности аспирантов.

##### *1) Алгоритм разбора задач*

- описать локальный статус;
- выделить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи;
- по возможности установить предполагаемый диагноз.

## 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

На прием обратился молодой человек 17 лет с жалобами на высыпания на лице, спине и груди, появление которых впервые отметил около двух лет назад. Не лечился, так как у отца в юношеском возрасте были аналогичные высыпания, которые самостоятельно прошли. Из семейного анамнеза известно, что отец в настоящее время страдает сахарным диабетом. При осмотре: кожа лица, верхней части груди и спины повышенной сальности, выводные протоки сальных желез зияют, некоторые закупорены комедонами. Имеются многочисленные фолликулярные папулы и пустулы, а также ярко-розовые, болезненные, величиной с крупную горошину, инфильтрированные узлы с пустулой на вершине, кровянисто-гнойные корочки, округлые рубцы, гиперпигментированные пятна. Ваш предполагаемый диагноз? Тактика лечения. Тактика амбулаторного наблюдения пациента.

Ответ: Вульгарные угри папуло-пустулезная, индуративная форма. Посев флоры пустул на чувствительность к антибиотикам, антибиотики внутрь 1—1,5 мес., местно — «Скинорен», мазь «Риодокосол». При малой эффективности назначают изотретиноин внутрь из расчета 0,5—1 мг/кг (максимальная суточная доза 60—80 мг) 1 р/сут, 2-4 нед. В дальнейшем дозу постепенно снижают (кумулятивная доза не должна превышать 150 мг/кг). Общая продолжительность лечения составляет 4—6 мес. Обследование у эндокринолога, терапевта для исключения патологии внутренних органов.

## 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1. На прием к врачу обратился ребенок 11 лет, с жалобами на незначительный зуд и высыпания на коже лица и груди. Заболевание возникло осенью, когда родители заметили несколько круглых очагов в указанных местах. Ребенок, по свидетельству родителей, очень любит животных (кошек, собак) и, отдыхая летом у бабушки в сельской местности, неоднократно играл с ними. Сопутствующих заболеваний не имеет. Объективно: На коже лица, груди, живота имеется несколько эритематозных очагов круглой формы, покрытых сероватыми чешуйками. Края очагов четкие, слегка приподняты, представлены мелкими пузырьками и серозными корочками. Ваш предположительный диагноз и лечение?

2. На прием к врачу обратился больной 38 лет, скотник, с жалобами на недомогание, головную боль, повышение температуры до 37,6 °С, «узлы» на волосистой части головы. Заболевание связывает со своей профессией – работает скотником в течении 10 лет. Ежедневно контактирует с животными – крупным рогатым скотом, у которого имеются, по свидетельству ветеринарной службы, «лишай». Сопутствующих заболеваний не имеет. Объективно: на коже волосистой части головы несколько очагов поражения, резко очерченных, покрытых большим количеством гнойных сочных корок. После снятия корок из каждого волосяного фолликула в отдельности выделяется гной, напоминающий мед в медовых сотах («медовые соты» Цельзия). Подчелюстные и шейные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Диагноз и лечение.

3. На прием к врачу обратился мужчина 25 лет, с жалобами на сильный зуд, интенсивную болезненность, выпадение волос, неприятный запах от волосистой части. Больным себя считает с детства, постепенно стали выпадать волосы. Они сухие, ломкие. За медицинской помощью не обращался. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Боткина. Объективно. От волосистой части головы больного исходит неприятный «мышинный запах». Волосы на большей части головы отсутствуют – особенно на теменных, затылочных областях. Кожа гиперемирована, атрофически изменена. В устьях волосяных фолликулов – пустулы, ссыхающиеся в желтовато-бурые корки. Волосы легко выдергиваются, они пепельно-серого цвета, сухие, ломкие, легко удаляются. Ваш предположительный диагноз? Какие исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза? Методы лечения и профилактики.

4. На волосистой части головы у ребенка 6 лет рассеяны мелкие плешинки. Волосы в очагах обломаны на уровне 1-2 мм. При микроскопии обломанных волос обнаружены элементы гриба внутри волоса. Какой диагноз поставите больному? Лечебная тактика.

5. На коже волосистой части головы имеется 2 очага округлой формы размером 2х3 см, с четкими границами. Кожа в очагах слегка гиперемирована, шелушится, имеются обломанные волосы, возвышающиеся под уровнем кожи на 4-6 мм. Под люминисцентным аппаратом выявлено зеленоватое свечение. Поставьте больному диагноз, назначьте лечение.

6. Девушка 14 лет предъявляет жалобы на высыпания на коже лица. Считает себя больной в течение 1 года. Появление первых высыпаний связывает с наступлением menses. К врачу не обращалась, самостоятельно в домашних условиях использовала различные тоники и маски без значительного эффекта. При осмотре на коже лица, преимущественно в области крыльев носа, лба, щек, отмечается расширение устьев волосяных фолликулов, наличие открытых и закрытых комедонов диаметром 0,1 – 0,3 см. Ваш предположительный диагноз. План обследования. Назначьте лечение.

## 4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается разбор ситуационных задач.

### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы аспирантов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

- Почему исследование чешуек позволяет говорить лишь о наличии грибкового заболевания без уточнения нозологии?
- Почему диф. диагностику эпидермофитии стоп следует проводить с микробной экземой?
- Перечислите предрасполагающие факторы к заражению эпидермофитией стоп.
- Какие заболевания входят в группу трихомикозов?
- Перечислите основные пути распространения трихомикозов.
- Укажите, какие проводятся мероприятия в очаге инфекции при установлении диагноза соответствующего трихомикоза.
- Назовите профилактические мероприятия для борьбы с трихомикозами.
- Какие методы лабораторной диагностики применяются для подтверждения диагноза трихомикозов?
- Как забирается патологический материал для лабораторной диагностики?
- Перечислите основные принципы лечения трихомикозов.
- Почему в профилактике пушистой микроспории большое значение имеет отлов бродячих кошек и собак?
- Почему микроскопическая картина пораженного волоса дает право поставить диагноз соответствующего трихомикоза?
- С какой целью проводится культуральное исследование при трихомикозах?
- Почему при трихомикозах назначается гризеофульвин?
- Почему микроспория и трихофития волосистой части головы встречается чаще у детей?
- Кто наиболее часто страдает хронической трихофитией и почему?
- Основные клинические симптомы поверхностной трихофитии.
- Основные клинические симптомы микроспории волосистой части головы.
- Основные клинические симптомы инфильтративно-нагноительной трихофитии волосистой части головы.
- Основные симптомы паразитарного сикоза.
- Назовите дифференциальные признаки паразитарного и стафилококкового сикоза.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Себорея это:

- а) гиперпродукция кожного сала с измененным химическим составом
- б) гиперпродукция кожного сала
- в) уменьшение образования липидов сальными железами
- г) уменьшение образования керамидов рогового слоя и липидов кожного сала
- д) все перечисленное верно

4. К гормонам, стимулирующим выделение кожного сала относятся все перечисленные, кроме

- а) гормонов коры надпочечников
- б) эстрогенов
- в) андрогенов
- г) прогестерона
- д) АКТГ

2. Различают все перечисленные формы себореи кроме:

- а) жидкой
- б) густой
- в) жирной
- г) асбестовидной
- д) смешанной

5. К гормонам, подавляющим салоотделение, относятся

- а) андрогены
- б) эстрогены
- в) прогестерон
- г) гормонов коры надпочечников

3. С себореей связаны следующие патологические состояния кожи

- а) узловато-кистозные угри
- б) появление комедонов
- в) сухость кожи
- г) гипергидроз
- д) все перечисленное

6. При каких микозах наблюдается свечение под лампой Вуда?

- а) Трихофития
- б) Микроспория
- в) Фавус
- г) Отрубевидный лишай
- д) Кандидоз

Правильные ответы:

1 – а

2 – г

3 – а, б

4 – б

5 – б

6 – б, г

**Рекомендуемая литература:**

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматовенерология: нац. руководство с компакт-диском	под ред. Ю.К. Скрипкина и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014	2	ЭБ «Консультант врача»
2	Дерматовенерология: руководство для врачей	Ю. С. Бутов [и др.].	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2017	2	
3	Кожные и венерические болезни: учеб. руководство для врачей	В.П. Адашкевич, В.М. Козин.	М.: Медицинская литература, 2013	1	
4	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБ «Консультант врача»

Дополнительная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматология (атлас – справочник).	Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд.	М.: Практика, 1998	2	-
2	Атлас грибковых заболеваний: атлас	К. А. Кауфман	М: "ГЭОТАР-Медиа", 2010	1	-
3	Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для врачей	С. В. Кошкин, Т. В. Чермных	Кировская ГМА. Киров. 2009	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Атлас возбудителей грибковых инфекций [Электронный ресурс]	Е. Н. Москвитина, Л. В. Федорова, Т. А. Мухомолова, В. В. Ширяев	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 208 с.	-	ЭБС «Консультант врача»
	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с.	-	ЭБС «Консультант студента»

## Тема 2.2: Основы трихологии: виды алопеций, диагностика, методы терапии.

**Цель:** формирование знаний, умений и навыков в области диагностики и лечения патологических состояний придатков кожи.

### Задачи:

- Изучить классификацию заболеваний придатков кожи.
- Сформировать навыки диагностики заболеваний придатков кожи.
- Рассмотреть возможные тактики в ведении заболеваний придатков кожи.

**Обучающийся должен знать:** современные представления об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, особенности клинических проявлений их, принципы их лечения.

**Обучающийся должен уметь:** использовать полученные знания для проведения клинического обследования больных; провести дифференциальный диагноз на основании критериев диагностики различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП, составить план обследования с учётом патологии используя наиболее информативные методы исследования; с учётом имеющихся классификаций сформулировать полный клинический диагноз, составить план ведения конкретного пациента, подобрать адекватную терапию

**Обучающийся должен владеть:** Навыками дифференциального диагноза и интерпретации результатов обследований; методиками разработки индивидуального плана ведения пациента навыками научно-исследовательской работы.

## Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

### 1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Особенности анатомии и физиологии покровных тканей волосистой части головы.
- Болезни волос.
- Косметологические средства, применяемые для лечения и ухода за волосами и кожей головы.

**2. Практическая работа.** *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков (сбор жалоб и анамнеза у больного с алопецией, осмотр и описание кожных покровов и придатков, дифференциальный диагноз, интерпретация основных методов обследования, назначение местной и общей терапии, оформление рецептов), освоение манипуляций (осмотр патологических очагов, описание локального статуса, осмотр с использованием лампы Вуда, проба Бальцера и др.) по алгоритму под контролем преподавателя.*

### 3. Решить ситуационные задачи

Задания выполняются аспирантами самостоятельно под руководством преподавателя. Решение ситуационных задач не заменяет работу с больными, но дополняет ее путем моделирования различных клинических ситуаций. Под задачей в учебном процессе понимается ситуация, предъявленная и принятая аспирантом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. Под успешностью решения задачи понимается правильность решения, затраченное время, количество и характер допущенных ошибок. Так как решение ситуационных задач включает обоснование диагноза, план лечения, решение деонтологических вопросов, построение плана профилактики заболевания и является единоличным решением аспиранта, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности аспирантов.

#### 1) Алгоритм разбора задач

- описать локальный статус;
- выделить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи;
- по возможности установить предполагаемый диагноз.

#### 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

На коже лица больного располагаются сгруппированные, возвышающиеся над уровнем кожи бесплостные элементы, размером 0,5 x 0,5 см округлой формы, среди них располагаются такой же величины язвочки, покрытые корочками и мелкие рубцы различной окраски – синюшной и бурой. Какие первичные морфологические элементы имеются у больного, и с какими элементами их надо дифференцировать?

Ответ: Бугорки. Необходимо дифференцировать с узелками. Локальный статус описан в условии задачи. Первичные морфологические элементы: бугорки. Вторичные морфологические элементы: язвочки, корочки и мелкие рубцы.

#### 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1. Мальчик 12 лет жалуется на наличие очагов облысения волосистой части головы. Болеет в течение 7 лет, лечился без эффекта. Объективно: в теменной, лобной, затылочной и височной областях на фоне атрофии кожи и очагов облысения имеются единичные островки сохранившихся тусклых волос. Предположительный диагноз, план ведения.
2. На прием обратилась мать с ребенком 5 лет, с жалобами на выпадение волос на волосистой части головы в области затылка. Ребенок болен около 3-х месяцев. При осмотре на коже затылка имеется округлый очаг размером 6x6 см. лишенный волос, кожа в очаге не изменена, по периферии очага имеется зона расщепленных волос. Предположительный диагноз, план ведения.
3. После автомобильной аварии у мужчины выпали волосы по всему кожному покрову. Предположительный диагноз, план ведения.
4. На прием обратился 18-летний молодой человек с жалобами на поражение кожи лица, спины, груди, зуд волосистой части головы. Болен около 2 лет. При осмотре: кожа груди, спины, повышенной сальности, выводные протоки сальных желез расширены, имеются комедоны. Кроме того, определяются папулы и пустулы, гнойные корочки, рубчики, гиперпигментированные пятна. Волосы жирные, на волосистой части головы жирные желтые корки. Предположительный диагноз, план ведения.
5. На прием обратился 20-летний мужчина с жалобами на высыпания на коже лица, груди, спины. Болен около 4-х лет. Объективно: кожа лица, верхней части спины и груди повышенной сальности, имеются множество фолликулярных папул и пустул, ярко-розовые, болезненные, величиной с крупную горошину, инфильтрированные узлы с пустулой на вершине, рубцы, пятна гиперпигментации.
6. У мужчины 50 лет после пребывания на солнце на коже подбородка резко обозначились 5 очагов белого цвета округлой формы, в очагах отмечается рост обесцвеченных волос. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

#### 4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается разбор ситуационных задач.

##### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы аспирантов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

- Классификация заболеваний волос.
- Виды алопеций
- Методы их коррекции.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Алопеция может возникнуть:
  - a. у мужчин
  - b. у женщин
  - c. у детей
2. Какой вариант алопеции у мужчин встречается чаще всего?
  - a. поредение волос
  - b. тотальное выпадение волос
  - c. очаговое выпадение волос
3. Нерубцовая алопеция возникает:
  - a. при воспалении
  - b. при атрофии кожи
  - c. при гормональном нарушении
  - d. при генетических особенностях организма
4. Андрогенетическая алопеция возникает:
  - a. у мужчин
  - b. у женщин
  - c. у детей
5. Андрогенетическая алопеция обусловлена чаще всего:
  - a. генетической предрасположенностью
  - b. гормональными нарушениями
  - c. приемом лекарственных средств
  - d. нарушением питания
6. Клинические проявления у мужчин при андрогенетической алопеции чаще всего возникают:
  - a. после 20 лет
  - b. после 40 лет
  - c. после 50 лет
7. Диффузное поредение у женщин начинается:
  - a. в области макушки
  - b. на границе со лбом
  - c. в области темени
  - d. в затылочной области
8. Основным диагностическим критерием андрогенетической алопеции является:
  - a. наличие волос разного диаметра
  - b. наличие пушковых волос растущих из миниатюризированных фолликулов
  - c. наличие обломанных волос
9. Хроническое телогеновое облысение характерно:
  - a. только мужчинам
  - b. только женщинам
  - c. и тем и другим
10. Прогрессирующие диффузное выпадение волос чаще наблюдается:
  - a. при стрессовых ситуациях
  - b. при соматических заболеваниях
  - c. при вирусных заболеваниях
11. Потеря волос при диффузной алопеции после воздействия триггера возникает через:
  - a. 2 недели
  - b. 1 месяц
  - c. 3 месяца
  - d. полгода
12. Гнездная алопеция обусловлена:
  - a. генетической предрасположенностью
  - b. приемом лекарственных средств
  - c. воспалительным заболеванием кожи головы
  - d. стрессом
13. Множество мелких, не сливающихся очагов алопеции называется:
  - a. сетчатый тип гнездной алопеции
  - b. мелкоочаговый тип гнездной алопеции
  - c. офиказисом
  - d. сизаифо
14. Потеря волос на скальпе, сопровождающаяся еще и потерей волос на туловище, возникает при:
  - a. тотальной форме гнездной алопеции
  - b. диффузной форме гнездной алопеции
  - c. универсальном типе гнездной алопеции
15. Тип алопеции Барбэ, это:
  - a. алопеция в области бровей
  - b. алопеция в области бороды
  - c. алопеция по всему лицу

16. Пеньки обломанных волос в виде восклицательного знака или оборванного каната характерны для:
- гнездной алопеции
  - рубцовой алопеции
  - микроспории
  - трихофитии
  - андрогенетической алопеции
17. Гнездную алопецию следует дифференцировать с:
- диффузной токсичной алопецией
  - трихомикозом
  - фолликулярной формой КПЛ на голове
  - ретикулярным облысением при сифилисе
18. К вторичной рубцовой алопеции могут привести такие заболевания как:
- вульгарная пузырчатка
  - микоз волосистой части головы
  - склеродермия
  - ожоги
  - вирусная инфекция
  - кожный туберкулез
19. Первичная рубцовая алопеция возникает при:
- дискоидной красной волчанке
  - декальвирующем фолликулите
  - синдроме Грехема-Литтла
20. Лечение рубцовой алопеции направлено:
- на восстановление волос в очагах
  - на облегчение клинических симптомов
  - на ограничение прогрессирования заболевания
21. Фазы роста волос:
- аноген
  - катаген
  - телоген
  - эндоген
  - все перечисленное верно
22. Перечислите возможные причины токсического и метаболического телогенового выпадения
- Правильные ответы:
- |          |        |          |        |           |           |       |       |
|----------|--------|----------|--------|-----------|-----------|-------|-------|
| 1.-a, b, | 4.-a,b | 8.-a, b  | 12.- a | 16.- a    | 19.-a, b, | c     | 25.-d |
| c        | 5.-a   | 9.-c     | 13.- a | 17.-a, b, | c         | 22.-e | 26.-b |
| 2.-b     | 6.-a   | 10- a, b | 14.-c  | c, d      | 20.-b, c  | 23.-b | 27.-d |
| 3.-c, d  | 7.-b   | 11.-c    | 15.-b  | 18.-c, d  | 21.-a, b, | 24.-d |       |
- волос:
- инфекции
  - медикаменты
  - химические токсины
  - хронические заболевания
  - все перечисленное верно
23. Гнездная алопеция является:
- моногенным дефектом
  - мультифакториальным дерматозом
  - приобретенным заболеванием
24. Наследственную природу гнездной алопеции подтверждают следующие наблюдения, кроме:
- семейного накопления аналогичного поражения
  - высокая частота идентичного заболевания у однояйцевых близнецов
  - связь с генетическими детерминантами тканевых антигенов
  - сцепленное с полом наследование
25. Клиническая гетерогенность гнездной алопеции проявляется:
- в разнообразии клинических форм
  - в различии типов течения заболеваний
  - в различной связи с другими конституционными факторами
  - все перечисленное верно
26. Иммунопатогенез гнездной алопеции связан:
- с высоким уровнем иммуноглобулина Е
  - с активацией Т-хелперов и накоплением их вокруг волос фолликулов
  - с иммунодефицитом
  - с циркуляцией и депозитами иммунных комплексов
27. Усиливают гибель клеток матрикса волосяной луковицы, при возникновении местного иммунопатологического процесса факторы, кроме:
- повышения вязкости крови
  - продуктов перекисного окисления липидов
  - гипоксии
  - неправильного ухода за волосами.

### Рекомендуемая литература:

#### Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6

1	Дерматовенерология: нац. руководство с компакт-диском	под ред. Ю.К. Скрипкина и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014	2	ЭБ «Консультант врача»
2	Дерматовенерология: руководство для врачей	Ю. С. Бутов [и др.].	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2017	2	
3	Кожные и венерические болезни: учеб. руководство для врачей	В.П. Адаскевич, В.М. Козин.	М.: Медицинская литература, 2013	1	
4	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБ «Консультант врача»

Дополнительная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматология (атлас – справочник).	Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд.	М.: Практика, 1998	2	-
2	Атлас грибковых заболеваний: атлас	К. А. Кауфман	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010	1	-
3	Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для врачей	С. В. Кошкин, Т. В. Чермных	Кировская ГМА. Киров. 2009	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Атлас возбудителей грибковых инфекций [Электронный ресурс]	Е. Н. Москвитина, Л. В. Федорова, Т. А. Мухомолова, В. В. Ширяев	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 208 с.	-	ЭБС «Консультант врача»
	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с.	-	ЭБС «Консультант студента»

### Раздел 3: Аллергодерматозы, зудящие дерматозы. Патология кожных покровов при заболеваниях внутренних органов и систем, нарушениях обмена веществ, нарушениях деятельности ЦНС.

#### Тема 3.1: Аллергодерматозы: диагностика и дифференциальный диагноз.

**Цель:** формирование знаний, умений и навыков в области диагностики и лечения аллергодерматозов.

**Задачи:**

- Изучить классификацию дерматитов, экзем, токсикодермий (крапивница, отек Квинке и др.), атопического дерматита.
- Сформировать навыки диагностики аллергодерматозов.
- Рассмотреть методики терапии аллергодерматозов в зависимости от формы и стадии процесса.

**Обучающийся должен знать:** современные представления об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, особенности клинических проявлений их, принципы их лечения.

**Обучающийся должен уметь:** использовать полученные знания для проведения клинического обследования больных; провести дифференциальный диагноз на основании критериев диагностики различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП, составить план обследования с учётом патологии используя наиболее информативные методы исследования; с учётом имеющихся классификаций сформулировать полный клинический диагноз, составить план ведения конкретного пациента, подобрать адекватную терапию

**Обучающийся должен владеть:** Навыками дифференциального диагноза и интерпретации результатов обследований; методиками разработки индивидуального плана ведения пациента навыками научно-



исследовательской работы.

## **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

### **1. Ответить на вопросы по теме занятия**

- Отек Квинке: основные патогенетические факторы, благоприятствующие развитию заболевания;
- дифференциально-диагностические признаки аллергических дерматитов, экзем;
- основные принципы общего и местного лечения аллергодерматозов;
- основные принципы профилактики экзем;
- основные клинические симптомы аллергических заболеваний кожи.
- Атопический дерматит: основные патогенетические факторы, благоприятствующие развитию заболевания;
- дифференциально-диагностические признаки атопического дерматита в различные возрастные периоды;
- основные принципы общего и местного лечения аллергодерматоза.

**2. Практическая работа.** *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков (сбор жалоб и анамнеза у больного с аллергодерматозом, осмотр и описание кожных покровов и придатков, дифференциальный диагноз аллергодерматозов, интерпретация основных методов обследования, назначение местной и общей терапии, оформление рецептов), освоение манипуляций (забор материала из патологического очага для бактериоскопического и культурального исследований, определения чувствительности к антибиотикам, определение дермографизма, подсчет индекса SCORAD) по алгоритму под контролем преподавателя.*

### **3. Решить ситуационные задачи**

Задания выполняются аспирантами самостоятельно под руководством преподавателя. Решение ситуационных задач не заменяет работу с больными, но дополняет ее путем моделирования различных клинических ситуаций. Под задачей в учебном процессе понимается ситуация, предъявленная и принятая аспирантом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. Под успешностью решения задачи понимается правильность решения, затраченное время, количество и характер допущенных ошибок. Так как решение ситуационных задач включает обоснование диагноза, план лечения, решение деонтологических вопросов, построение плана профилактики заболевания и является единоличным решением аспиранта, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности аспирантов.

#### *1) Алгоритм разбора задач*

- описать локальный статус;
- выделить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи;
- по возможности установить предполагаемый диагноз.

#### *2) Пример задачи с разбором по алгоритму*

Больной С., 26 лет, жалуется на появление пузырей на коже пяток, связывает это с ношением тесной обуви. Объективно: на пятках обеих стоп имеются пузыри диаметром до 1, 5 – 2 см, с серозным экссудатом, расположенные на слегка отечной гиперемизированной коже. Поставьте диагноз, назначьте лечение больному. Лечение: вскрыть пузыри, смазать эрозии растворами анилиновых красителей, ношение свободной обуви.

Ответ: Локальный статус описан в условии задачи. Диагноз: простой контактный дерматит (от воздействия механических факторов). Данный диагноз установлен на основании соответствующих жалоб, анамнеза, клинической картины.

#### *3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

1. Больной С., 26 лет, жалуется на появление пузырей на коже пяток, связывает это с ношением тесной обуви. Объективно: на пятках обеих стоп имеются пузыри диаметром до 1, 5 – 2 см, с серозным экссудатом, расположенные на слегка отечной гиперемизированной коже. Поставьте диагноз, назначьте лечение больному.
2. Больная М., 27 лет, жалуется на появление зудящих высыпаний, общее недомогание, повышение температуры тела до 37,5° С. Высыпания появились в период заболевания ангиной, по поводу которой принимала аспирин, какой-то антибиотик, полоскания горла раствором перманганата калия. Объективно: на коже туловища, лица, верхних и нижних конечностей обильная сливающаяся розеолезная, папулезная сыпь розово-красного цвета с мелкопластинчатым шелушением. Местами имеются немногочисленные петехии. Поставьте диагноз и назначьте лечение больной. Что могло послужить причиной болезни?
3. На прием обратился больной с жалобами на поражение кожи кистей. Сыпь появилась 5 дней назад. Работает зубным врачом 1 год. Сыпь полиморфная – эритемато-папуло-везикулезного характера, без четких гра-

ниц. Подобная сыпь, но менее выраженная, появилась около шести месяцев назад. После приема антигистаминных препаратов и смазывания ее преднизолоновой мазью быстро исчезла. Ваш предположительный диагноз, тактика для его утверждения, лечебные мероприятия.

4. На прием к врачу обратилась больная Б., 29 лет, с жалобами на раздражительность, бессонницу, эмоциональную лабильность, повышение температуры до 37,8° С, зуд, жжение, напряжение и болезненность кожи пораженных участков в области живота. Заболевание связывает с применением сульфаниламидных препаратов, которые были назначены терапевтом по поводу ОРВИ. Высыпания появились внезапно после приема препарата и сопровождалась повышением температуры. В прошлом (2 года назад), после приема сульфадиметоксина возникли такие же пятна (на этом же месте), которые после своего исчезновения (через несколько дней) оставили аспидно-коричневого цвета пигментацию. Сопутствующие заболевания – пищевая аллергия к цитрусовым. Объективно: на коже груди, боковых поверхностях туловища имеются округлых очертаний очаги, носящие ограниченный, асимметричный характер, с четкими границами, эритематозного характера, красновато-бурого цвета с темным оттенком. Ваш предположительный диагноз?

5. На прием к врачу обратился больной К., 67 лет, с жалобами на выраженный зуд кожи верхних конечностей и лица. Болен около трех лет, лечился амбулаторно мазями, микстурами. Последний рецидив заболевания связывает с нервным стрессом. Из сопутствующих заболеваний отмечает гипертоническую болезнь 2-й степени и хронический холецистит. Объективно: процесс носит распространенный симметричный характер, без четких границ. Локализация – кожа тыла кистей, предплечий, лица и шеи. Наблюдается отек, ярко выраженная эритема, везикулизация, мокнутие по типу «серозных колодцев». Ваш предположительный диагноз и лечебные мероприятия?

6. На прием к врачу обратился больной К., 28 лет, работает сварщиком, жалуется на высыпания и зуд в области правой голени. Неделю назад на работе получил ожог правой голени. К врачу не обращался, ничем не лечился. На месте ожога через пять дней заметил покраснение, которое быстро увеличилось, затем возникла отечность голени, стал беспокоить зуд. Почти одновременно появились мокнутие, эрозии, корки. Сопутствующая патология – хронический тонзиллит. Объективно. В средней трети правой голени на месте ожога имеются две язвочки, покрытые гнойным отделяемым. Вокруг них – эритема с четкими границами, размером 9 x 18 см, мелкие папулы, везикулы, мокнутие. По периферии очага поражения – отсев пустул. Ваш предположительный диагноз? План лечения.

7. На прием к врачу обратился больной В., 28 лет, работает прессовщиком на мебельной фабрике. Жалуется на высыпания на коже кистей, сопровождающиеся зудом. Первые элементы появились полтора года назад, через 2 месяца после начала работы прессовщиком. Заболевание связывает с контактом с мочевиноформальдегидными смолами (на производстве). Обращался к дерматологу, лечился присыпкой, гормональным кремом, после чего процесс регрессировал. После выздоровления больной продолжал контактировать со смолой, и вскоре аналогичные высыпания появились вновь. Рецидивы с каждым разом становятся продолжительнее. Во время отпуска отмечает регресс высыпаний. Сопутствующие заболевания – хронический анацидный гастрит, хронический колит. Объективно: очаги поражения локализуются на тыльной поверхности кистей, симметричные. На фоне эритемы с нечеткими границами имеются папулы, везикулы, многочисленные эрозии, чешуйки, корочки, трещины. Мокнутие по типу «точечных колодцев». Ваш предположительный диагноз и лечебные мероприятия? Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?

На прием к врачу обратилась мать с ребенком четырех месяцев, у которого имелись высыпания на коже щек, сопровождающиеся сильным зудом. Ребенок болен в течение двух недель. Начало заболевания мать связывает с дачей прикорма, после которого на следующий день появились высыпания на щеках. Ребенок родился от первой беременности, в срок. Находится на естественном вскармливании. У матери отмечался токсикоз в первой половине беременности, употребляла в больших количествах цитрусовые, шоколад. Страдает бронхиальной астмой, медикаментозной аллергией. Объективно: кожа щек ребенка эритематозна, слегка отечна. Границы эритемы не четкие, имеются мелкие множественные папулы, везикулы, эрозии, из которых на поверхность выступают небольшие капли серозного экссудата; на правой щеке – корочки и чешуйки. Поставьте диагноз и назначьте лечение.

#### **4. Задания для групповой работы**

Для групповой работы на занятии предполагается разбор ситуационных задач.

#### **Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы аспирантов по указанной теме:*

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля*

- Основные патогенетические факторы, благоприятствующие развитию аллергодерматозов.



3	Кожные и венерические болезни: учеб. руководство для врачей	В.П. Адашкевич, В.М. Козин.	М.: Медицинская литература, 2013	1	
4	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБ «Консультант врача»

Дополнительная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматология (атлас – справочник).	Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд.	М.: Практика, 1998	2	-
2	Атлас грибковых заболеваний: атлас	К. А. Кауфман	М: "ГЭОТАР-Медиа", 2010	1	-
3	Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для врачей	С. В. Кошкин, Т. В. Чермных	Кировская ГМА. Киров. 2009	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Атлас возбудителей грибковых инфекций [Электронный ресурс]	Е. Н. Москвитина, Л. В. Федорова, Т. А. Мукомолова, В. В. Ширяев	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 208 с.	-	ЭБС «Консультант врача»
	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с.	-	ЭБС «Консультант студента»

### Тема 3.2: Патология кожных покровов при заболеваниях внутренних органов и систем, нарушениях обмена веществ, нарушениях деятельности ЦНС.

**Цель:** формирование знаний, умений и навыков в области диагностики поражений кожи на фоне соматических заболеваний.

#### **Задачи:**

- Изучить возможные проявления и кожные симптомы при различных соматических заболеваниях.
- Сформировать навыки диагностики сопутствующих заболеваний на основании выделенных кожных симптомов.

**Обучающийся должен знать:** современные представления об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, особенности клинических проявлений их, принципы их лечения.

**Обучающийся должен уметь:** использовать полученные знания для проведения клинического обследования больных; провести дифференциальный диагноз на основании критериев диагностики различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП, составить план обследования с учётом патологии используя наиболее информативные методы исследования; с учётом имеющихся классификаций сформулировать полный клинический диагноз, составить план ведения конкретного пациента, подобрать адекватную терапию

**Обучающийся должен владеть:** Навыками дифференциального диагноза и интерпретации результатов обследований; методиками разработки индивидуального плана ведения пациента навыками научно-исследовательской работы.

#### **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

##### **1. Ответить на вопросы по теме занятия**

- Разновидности поражений кожи при эндокринных заболеваниях.
- Диагностика эндокринных заболеваний и тактика ведения пациентов с кожными их проявлениями.

**2. Практическая работа.** *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков (сбор жалоб и анамнеза у больного с эндо-*

кринным заболеванием, осмотр и описание кожных покровов и придатков, дифференциальный диагноз эндокринных заболеваний с кожными проявлениями, интерпретация основных методов обследования, назначение местной и общей терапии, оформление рецептов), освоение манипуляций (осмотр пациента с сопутствующей патологией) по алгоритму под контролем преподавателя.

### **3. Решить ситуационные задачи**

Задания выполняются аспирантами самостоятельно под руководством преподавателя. Решение ситуационных задач не заменяет работу с больными, но дополняет ее путем моделирования различных клинических ситуаций. Под задачей в учебном процессе понимается ситуация, предъявленная и принятая аспирантом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. Под успешностью решения задачи понимается правильность решения, затраченное время, количество и характер допущенных ошибок. Так как решение ситуационных задач включает обоснование диагноза, план лечения, решение деонтологических вопросов, построение плана профилактики заболевания и является единоличным решением аспиранта, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности аспирантов.

#### *1) Алгоритм разбора задач*

- описать локальный статус;
- выделить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи;
- по возможности установить предполагаемый диагноз.

#### *2) Пример задачи с разбором по алгоритму*

Больная Л., 50 лет обратилась к гинекологу с жалобами на влагалищный зуд. Периодически беспокоит сухость во рту, жажда. Объективно: имеется ожирение, ИМТ 36. Язык суховат. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

Ответ: СД 2 типа, необходимо дифференцировать с идиопатическим зудом, исключить паразитарные заболевания, лечение у эндокринолога, снижение массы тела

#### *3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

1. Больной, 22 лет, жалуется на сухость во рту, жажду, обильное мочеиспускание (суточный диурез около 6 л), значительное снижение массы тела и снижение работоспособности. Заболевание развилось в течение трех месяцев после перенесённого гриппа. Объективно: рост 178 см, вес 62 кг. Телосложение астеническое, кожа сухая, в области спины - поверхностная пиодермия. Определяется кровоточивость дёсен. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

2. Подросток, 15 лет, обратился по поводу фурункулеза. Из анамнеза: предрасположен к простудным инфекциям, старший брат и отец болеют сахарным диабетом. Подросток активно вызывался в диспансер в 14 лет. Сахар крови был нормальным. Объективно: пониженного питания, бледен, множественные фурункулы на коже туловища и шее. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

3. Больная Л., 54 лет обратилась к дерматологу с жалобами на кожный зуд, гнойничковое поражение кожи. Периодически беспокоит сухость во рту, жажда. Объективно: повышенного питания. Язык суховат. Кожные покровы со следами расчесов, множественные гнойничковые высыпания на коже живота, бедер. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

4. Больная Б., 72 лет, страдающая артериальной гипертензией, в течение последних двух лет стала отмечать зябкость в ногах, онемение и боли в икроножных мышцах при ходьбе, а затем и в покое (преимущественно в ночное время, вследствие чего нарушился сон). 6 месяцев на правой голени образовалась безболезненная язва, плохо поддающаяся лечению. На приеме у врача пациентка предъявила указанные выше жалобы, а также жалобы на сухость во рту, повышенную жажду и частое обильное мочеиспускание. Объективно: кожа на голени сухая, бледная, холодная на ощупь. Не обнаруживается пальпаторно пульсация на артериях (стопы, пах). В анализе крови: повышение уровня холестерина, фибриногена, тромбоцитов, ГПК натощак 8 ммоль/л. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

5. Женщина 40 лет, поступила в клинику с жалобами на прибавление в весе, перераспределение жира в область верхнего плечевого пояса, появление гирсутизма, стрий на животе и бедрах, повышение артериального давления, исчезновение менструаций. Лабораторно: высокий уровень свободного кортизола в суточной моче и извращенный суточный ритм кортизола крови. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

6. Больная К., 27 лет. Жалобы на головные боли, слабость, повышение веса тела. Больна 2 года после вызванного искусственно Аборта. При осмотре: рост 164 см, вес 95 кг. Избыточное отложение жира, главным образом в области живота и затылка. Лицо круглое, лунообразное, с красными щеками. На животе и бедрах полосы багрово-красного цвета. Умеренное оволосение на подбородке, щеках и верхней губе. Вульгарная сыпь на лице и спине. Зона сердечной тупости расширена влево. Пульс - 80 уд/мин., АД - 190/100 мм.рт.ст. Менструации нерегулярные. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

Больная 56 лет поступила в хирургическую клинику по поводу язвы желудка в бессознательном состоянии. Объективно: больная среднего роста. Лицо лунообразное, багрово-красное, на подбородке и над верхней губой пушковые волосы. Отмечается избирательное отложение жира в области груди и верхней части живота. Конечности худые. На коже живота, плеч, молочных желез широкие полосы растяжения красно-фиолетового цвета, множество угрей. Границы сердца расширены влево. Пульс - 92 в минуту. Артериальное давление 200/110 мм рт.ст.. В крови эритроцитоз, нейтрофильный лейкоцитоз, эозинопения и лимфоцитопения. Отмечается также гипергликемия, гипернатриемия и гипокалиемия. При специальном исследовании обнаружено увеличение содержания свободного кортизола в суточной моче. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

#### 4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается разбор ситуационных задач.

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы аспирантов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

- Поражения кожи при сахарном диабете, при заболеваниях щитовидной железы, при первичной надпочечниковой недостаточности: этиопатогенез, современная классификация, варианты течения и характер поражения кожи

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Какие гормоны вырабатывает корковое вещество надпочечников:

- альдостерон;
- инсулин;
- адреналин;
- глюкокортикоиды.

2. Какие гормоны вырабатывает мозговое вещество надпочечников:

- норадреналин;
- АКТГ;
- кортизол;
- кортикостерон.

3. Что общего между болезнью Аддисона, болезнью Иценко-Кушинга и болезнью Нельсона:

- ожирение;
- гиперпигментация;
- гипертензия;
- энцефалопатия.

4. Исследование каких гормонов подтверждает болезнь Кона:

- АКТГ;
- кортизол;
- адреналин;
- альдостерон.

5. Какие клинические признаки синдрома Иценко-Кушинга:

- остеопороз;
- атрофия мышц;
- дисэнцефальные расстройства;
- трофические изменения кожи;
- гипертензия.

Правильные ответы:

- |         |      |         |          |      |       |
|---------|------|---------|----------|------|-------|
| 1. а,г. | 3. б | 5.      | 6. б,в   | 8. а | 10. в |
| 2. а    | 4. г | а,б,в,г | 7. в,г,д | 9. б |       |

#### Рекомендуемая литература:

6. Какие анатомические образования участвуют в развитии феохромоцитомы:

- корковое вещество;
- мозговое вещество;
- хромаффиномы;
- гастриномы.

7. Какие методы обследования показаны при патологии надпочечников:

- рентгенография брюшной полости;
- ирригоскопия;
- УЗИ;
- компьютерная томография;
- исследование уровня гормонов.

8. Выберите заболевание, при котором встречается симптоматический сахарный диабет:

- болезнь и синдром Иценко-Кушинга
- хронический гепатит
- хронический пиелонефрит

9. Причиной развития сахарного диабета при болезни Иценко-Кушинга является:

- инактивация инсулина
- усиление глюконеогенеза
- нарушение чувствительности тканей к инсулину

10. Какой из гормонов стимулирует липогенез:

- адреналин
- соматотропный гормон
- инсулин

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматовенерология: нац. руководство с компакт-диском	под ред. Ю.К. Скрипкина и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014	2	ЭБ «Консультант врача»
2	Дерматовенерология: руководство для врачей	Ю. С. Бутов [и др.].	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2017	2	
3	Кожные и венерические болезни: учеб. руководство для врачей	В.П. Адашкевич, В.М. Козин.	М.: Медицинская литература, 2013	1	
4	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБ «Консультант врача»

Дополнительная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматология (атлас – справочник).	Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд.	М.: Практика, 1998	2	-
2	Атлас грибковых заболеваний: атлас	К. А. Кауфман	М: "ГЭОТАР-Медиа", 2010	1	-
3	Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для врачей	С. В. Кошкин, Т. В. Чермных	Кировская ГМА. Киров. 2009	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Атлас возбудителей грибковых инфекций [Электронный ресурс]	Е. Н. Москвитина, Л. В. Федорова, Т. А. Мухомолова, В. В. Ширяев	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 208 с.	-	ЭБС «Консультант врача»
	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с.	-	ЭБС «Консультант студента»

### Тема 3.3. Зачетное занятие

**Цель:** Оценка знаний, умений, навыков и контроль результатов освоения дисциплины.

**Задачи:**

- отработать практические навыки на пациентах;
- пройти тестирование в соответствии с методикой, указанной в приложении Б;
- обсудить теоретические вопросы по пройденному материалу.

**Обучающийся должен знать:** Строение эпидермиса и дермы, слои, клетки, основное вещество, волокна, сосуды, нервные рецепторы. Патоморфологические изменения. Понятие о специфической гранулёме. Общая классификация кожных заболеваний. Роль кожи в защитных реакциях организма. Провоцирующие факторы экзо- и эндогенного характера. алгоритмы осмотра дерматологического больного, сбора анамнеза заболевания, описание характера поражения кожи и дерматологического статуса. Современные представления об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, особенности клинических проявлений их, принципы их лечения.

**Обучающийся должен уметь:** Дифференцировать морфологические элементы, описывать

очаги поражения, иметь понятие о полиморфизме и мономорфизме сыпей, проводить диагностические пробы и приемы при различных дерматозах. Выявлять псориазную триаду, симптом Кебнера, воротничок Воронова, сетку Уикхема, изоморфную реакцию, симптом Никольского, проводить диагностические тесты при коллагенозах, микозах, пузырьных дерматозах. Определять дермографизм. Излагать самостоятельно точку зрения, анализа и логического мышления, пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности. Собрать анамнез у больного кожным и/или венерическим заболеванием. Осмотреть кожу, волосы, ногти, слизистую оболочку красной каймы губ у взрослых и детей. Использовать полученные знания для проведения клинического обследования больных; провести дифференциальный диагноз на основании критериев диагностики различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП, составить план обследования с учётом патологии используя наиболее информативные методы исследования; с учётом имеющихся классификаций сформулировать полный клинический диагноз, составить план ведения конкретного пациента, подобрать адекватную терапию.

**Обучающийся должен владеть:** навыками клинического определения первичных и вторичных морфологических элементов на коже, губах и слизистой оболочке полости рта и гениталий, определения по вторичным морфологическим элементам предшествующие им первичные морфологические элементы, осмотра кожи, волос, ногтей, слизистой оболочки, красной каймы губ у взрослых и детей, описания клинической картины поражения кожи и слизистой оболочки полости рта и гениталий у взрослых и детей, методикой сбора анамнеза у больного кожным заболеванием. Навыками дифференцирования морфологических элементов, описания очагов поражения, методикой проведения диагностических проб и приемов при различных дерматозах; выявления псориазной триады, симптома Кебнера, воротничка Воронова, сетки Уикхема, вычисления Индекса SCORAD, определения симптома Никольского, дермографизма, постановки и оценки кожных проб. Методикой проведения диагностических проб при разных формах микозов. Пользоваться лампой Вуда для диагностики микроспории. Навыками дифференциального диагноза и интерпретации результатов обследований; методиками разработки индивидуального плана ведения пациента, навыками научно-исследовательской работы.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

- практические навыки (отработка практических навыков на пациентах) – примерные задания представлены в приложении Б;
- компьютерное тестирование (или на бумажном носителе) – примерные задания представлены в приложении Б;
- собеседование (по билету, содержащему теоретические вопросы по пройденному материалу) – примерные задания представлены в приложении Б.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

Подготовка к зачетному занятию

**Рекомендуемая литература:**

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматовенерология: нац. руководство с компакт-диском	под ред. Ю.К. Скрипкина и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014	2	ЭБ «Консультант врача»
2	Дерматовенерология: руководство для врачей	Ю. С. Бутов [и др.].	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2017	2	
3	Кожные и венерические болезни: учеб. руководство для врачей	В.П. Адашкевич, В.М. Козин.	М.: Медицинская литература, 2013	1	
4	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБ «Консультант врача»

Дополнительная:



№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматология (атлас – справочник).	Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд.	М.: Практика, 1998	2	-
2	Атлас грибковых заболеваний: атлас	К. А. Кауфман	М: "ГЭОТАР-Медиа", 2010	1	-
3	Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для врачей	С. В. Кошкин, Т. В. Чермных	Кировская ГМА. Киров. 2009	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Атлас возбудителей грибковых инфекций [Электронный ресурс]	Е. Н. Москвитина, Л. В. Федорова, Т. А. Мукомолова, В. В. Ширяев	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 208 с.	-	ЭБС «Консультант врача»
	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с.	-	ЭБС «Консультант студента»

#### **Раздел 4: Неинфекционные заболевания кожи: диагностика и дифференциальный диагноз. Инфекционные и паразитарные заболевания кожи: диагностика и дифференциальный диагноз. Современные терапевтические методики.**

##### **Тема 4.2: Современные подходы к терапии инфекционных заболеваний кожи, слизистых, ПЖК.**

**Цель:** формирование знаний, умений и навыков в области диагностики и лечения папулезных и пузырных дерматозов и состояний, связанных с ними.

**Задачи:**

- Изучить классификацию и клиническую картину различных форм псориаза.
- Сформировать навыки диагностики псориаза и псориатической артропатии.
- Рассмотреть методики терапии псориаза на современном этапе.
- Изучить классификацию и клиническую картину различных форм красного плоского лишая.
- Сформировать навыки диагностики красного плоского лишая.
- Рассмотреть методики терапии КПЛ на современном этапе.
- Изучить классификацию пузырных дерматозов.
- Сформировать навыки диагностики пузырных дерматозов.
- Рассмотреть методики терапии пузырных дерматозов.

**Обучающийся должен знать:** современные представления об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, особенности клинических проявлений их, принципы их лечения.

**Обучающийся должен уметь:** использовать полученные знания для проведения клинического обследования больных; провести дифференциальный диагноз на основании критериев диагностики различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП, составить план обследования с учётом патологии используя наиболее информативные методы исследования; с учётом имеющихся классификаций сформулировать полный клинический диагноз, составить план ведения конкретного пациента, подобрать адекватную терапию

**Обучающийся должен владеть:** Навыками дифференциального диагноза и интерпретации результатов обследований; методиками разработки индивидуального плана ведения пациента навыками научно-исследовательской работы.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

- Основные патогенетические факторы, благоприятствующие развитию заболеваний;

- дифференциально-диагностические признаки кольцевидной эритемы Дарье, Гамелла, возвышающейся, токсической, кольцевидной гранулемы;
- основные принципы общего и местного лечения;
- основные принципы профилактики;
- основные клинические симптомы.
- Определение, этиология и патогенез вульгарной пузырчатки.
- Гистопатологические изменения при пузырчатке.
- Классификация пузырных дерматозов.
- Клинические формы, патогномоничные симптомы, критерии клинической и лабораторной диагностики пузырных дерматозов.
- Проявления пузырчатки на слизистой полости рта и их дифференциальная диагностика.
- Поражение внутренних органов и нервной системы при пузырчатке.
- Дифференциальный диагноз клинических форм истинной пузырчатки и других пузырных дерматозов.
- Классификация наследственных пузырных дерматозов.
- Принципы лечения, профилактика, диспансеризация.
- Побочные эффекты кортикостероидной терапии, пути оптимизации лечения, профилактика осложнений.

**2. Практическая работа.** *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков (сбор жалоб и анамнеза у больного с папулезными дерматозами, осмотр и описание кожных покровов и придатков, дифференциальный диагноз папулезных дерматозов, дифференциальный диагноз пузырных дерматозов, интерпретация основных методов обследования, назначение местной и общей терапии, оформление рецептов), освоение манипуляций (определение дермографизма, подсчет индекса PASI, определение псориаатической триады, феномена Кебнера, сетки Уикхема, выявление симптомов Никольского, Асбо-Ганзена, груши) по алгоритму под контролем преподавателя.*

### **3. Решить ситуационные задачи**

Задания выполняются аспирантами самостоятельно под руководством преподавателя. Решение ситуационных задач не заменяет работу с больными, но дополняет ее путем моделирования различных клинических ситуаций. Под задачей в учебном процессе понимается ситуация, предъявленная и принятая аспирантом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. Под успешностью решения задачи понимается правильность решения, затраченное время, количество и характер допущенных ошибок. Так как решение ситуационных задач включает обоснование диагноза, план лечения, решение деонтологических вопросов, построение плана профилактики заболевания и является единоличным решением аспиранта, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности аспирантов.

#### *1) Алгоритм разбора задач*

- описать локальный статус;
- выделить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи;
- по возможности установить предполагаемый диагноз.

#### *2) Пример задачи с разбором по алгоритму*

У больной 56 лет на неизменной коже груди и живота появились быстро вскрывающиеся пузыри, эрозии ярко-розового цвета, при потягивании за крышку пузыря определяется симптом Никольского. Дообследуйте больную, поставьте диагноз и наметьте план лечения.

Ответ: Оценить другие патогномоничные симптомы, произвести осмотр слизистой оболочки ротовой полости. Предположительный диагноз: вульгарная пузырчатка. Характерная клиническая симптоматика, анамнестические данные. В плане: дообследование (иммуногистохимическое исследование, выявление клеток Тцанка в мазках-отпечатках), для лечения целесообразно использовать ГКС в дозе 1-1,5 мг/кг/сут, дополнительно – гастропротекторы и препараты калия, местная терапия.

#### *3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

1. На прием к дерматологу обратился больной И., 45 лет, с жалобами на высыпания по всему кожному покрову, сопровождающиеся зудом. Считает себя больным в течение трех месяцев. Первые высыпания появились в летнее время года на волосистой части головы, затем на разгибательной поверхности предплечий, на туловище. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отец больного и дед страдали подобным же заболеванием. Из сопутствующих заболеваний отмечает хронический холецистит. Объективно: высыпания носят распространенный характер, симметричные, локализируются на разгибательной поверхности конечностей, на

туловище, волосистой части головы. Представлены мономорфной папулезной сыпью, ярко-красного цвета, округлой формы, размерами от 0,5 до 1 см в диаметре, бляшками размером 5 x 5 см. Поверхность папул в центре покрыта серебристо-белыми чешуйками, по периферии – ободок ярко-красного цвета. Наблюдается появление новых папул и их периферический рост. При поскабливании высыпаний появляется гладкая блестящая поверхность, затем точечное кровотечение. Поставьте диагноз и назначьте лечение.

2. Больной Н., 37 лет, жалуется на высыпания на разгибательных поверхностях конечностей, сопровождающиеся зудом, боли в области правого лучезапястного и межфаланговых суставов кистей, изменения ногтевых пластинок. Болен около 5 лет, когда впервые осенью на разгибательной поверхности локтевых суставов появились высыпания, покрытые чешуйками. Затем такие же высыпания появились в области коленных суставов. Обострение заболевания отмечает в зимнее время года, летом – улучшение. Боли в суставах беспокоят в течение года. Страдает хроническим тонзиллитом. Объективно: На разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов имеются бляшки бурого цвета, размером 5 x 8 см, по всей поверхности покрытые серебристо-белыми чешуйками. Периферического роста бляшек, появления новых элементов не наблюдается. При поскабливании бляшек появляется «стеариновое пятно». Ногтевые пластинки утолщены, отмечается симптом «наперстка». В области правого лучезапястного сустава, межфаланговых суставов кистей имеется припухлость, деформация дистальных фаланговых суставов, движения в них ограничены. На рентгенограммах правого лучезапястного и межфаланговых суставов кистей определяются сужение суставных щелей, околоуставной остеопороз. Поставьте диагноз и назначьте лечение.

3. На прием к врачу обратился больной М., 40 лет, с жалобами на высыпания по всему кожному покрову, незначительный зуд. Впервые высыпания появились 2 месяца назад, когда после нервно-психической травмы на разгибательных поверхностях предплечий заметил единичные папулезные элементы. Со временем процесс распространился на туловище. Занимался самолечением, смазывал кожу фторокортом. Страдает хроническим тонзиллитом. У родного брата отмечается такое же заболевание. Объективно: Сыпь носит распространенный характер, локализуется на туловище, разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, волосистой части головы. Представлен папулами размером от 1 до 3 см в диаметре, на туловище слившимися в крупные бляшки, занимающими почти всю поверхность живота. Высыпания розового цвета, их поверхность полностью покрыта серебристо-белыми чешуйками. В центре бляшек имеются очаги просветления. Поставьте диагноз и назначьте лечение больному.

4. Женщина страдает псориазом 10 лет. Процесс рецидивирует обычно зимой. Получила амбулаторно по 20 инъекций витамина В1 и В12, внутрь витамин А в виде масляного концентрата в течение 1 месяца. При осмотре на коже туловища рассеяны крупные бляшки, занимающие участки до 10 x 15 см. Цвет их синюшный, рисунок кожи подчеркнут. Поставьте развернутый диагноз и назначьте дальнейшее лечение.

5. На прием обратился больной, 32 лет, у которого впервые диагностирован псориаз. Болен 3 месяца. Какие обследования следует назначить больному, учитывая современные представления о патогенезе данного дерматоза.

6. Больная Н., 37 лет, жалуется на высыпания на коже туловища и предплечий, сопровождающиеся выраженным зудом. Больна в течение трех недель. Заболевание связывает с нервным перенапряжением на работе. Из перенесенных заболеваний отмечает хронический гастрит, хронический тонзиллит. Объективно: на коже живота, груди, сгибательных поверхностях предплечий располагаются розово-красного цвета с ливидным оттенком папулы полигональных очертаний с восковидным блеском, в центре папул имеется пупковидное вдавление. При смазывании папул вазелиновым маслом отмечается их поперечная исчерченность. Ногтевые пластинки отполированы. Периферические лимфоузлы не увеличены. Поставьте диагноз и назначьте лечение больной.

7. Больная А., 63 лет, жалуется на высыпания на коже голеней, выраженный зуд, бессонницу. Больна около года, к врачу не обращалась. Заболевание началось после психотравмы. Объективно: высыпания локализуются на переднебоковых поверхностях голеней. Представлены бородавчатоподобными образованиями округлой формы, с синюшным оттенком, покрытыми гиперкератотическими наслоениями. Встречаются и полигональные папулы с восковидным блеском и пупковидным вдавливанием в центре. Поставьте диагноз и назначьте лечение.

8. На слизистой оболочке рта по линии смыкания зубов располагается слегка возвышающаяся над уровнем слизистой белесоватого цвета сыпь, формирующая дуги, небольшие кольца и полосы. Субъективно – небольшое жжение, которое и заставило больную обратиться к врачу. При осмотре подобные же высыпания отмечены на внутренней поверхности больших половых губ. Ваш предположительный диагноз?

9. Поставьте диагноз, наметьте план лечения и назовите патогистологические изменения при этом заболевании. У больного после тяжелого нервного потрясения на коже сгибателей предплечий, в области лучезапястных суставов появились плоские, полигональные папулы розово-фиолетового цвета, размерами от просяного зерна до горошины с пупковидным вдавлением и сеткой Уикхема. Высыпания сопровождаются мучительным зудом.

10. Поставьте диагноз, укажите провоцирующие моменты в возникновении заболеваний, перечислите лечебно-профилактические мероприятия. У больного обнаружено изолированное поражение слизистой оболочки полости рта. По линии смыкания зубов в области щек, на красной кайме нижней губы папулы серовато-белого цвета, расположенные на слегка гиперемизированном фоне в виде дуг, колеи, сетки. Периодически в местах высыпаний появляются эрозии. При этом отмечаются субъективные ощущения в виде жжения и боли.

11. Установите развернутый диагноз (клинический) и наметьте план лечения. Больной страдает данным заболеванием в течение 3 лет. Осенью и зимой, особенно после ангины, отмечает обострения болезни, в летний период кожа освобождается от сыпи. В области локтей и коленных суставов на их разгибательной поверхности имеются папулы и бляшки разных размеров с четкими границами красно-синюшного цвета, на их поверхности местами серебристые чешуйки, кое-где корко-чешуйки. На местах расчесов – свежие мелкие красно-синюшные папулы.

12. Установите диагноз и дифференцируйте от исходных заболеваний. Поражена кожа волосистой части головы и ногти. На коже головы диффузный красно-синюшный инфильтрат, локализирующийся в лобно-височной области, четко ограничен от непораженной кожи. Поверхность инфильтрата покрыта слоем серебристых чешуек, волосы не поражены. При поскабливании отдельных участков инфильтрата получен симптом точечного кровотечения. Ногти рук утолщены, желтоватой окраски, с подногтевым гиперкератозом. На некоторых ногтях выявляются точечные вдавливания в виде наперстка

13. Внесите коррективы в план лечения больного вульгарной пузырчаткой, получающего преднизолон по 30 мг в сутки, у которого развилась тахикардия, отечность голеней, гипертензия.

14. Дообследуйте больного, поставьте диагноз, используя диф.диагностику. Больной 49 лет с жалобами на появление эрозий на слизистой оболочке мягкого неба, десен, болезненность при приеме пищи. Объективно: эрозии ярко-розового цвета на неизменной слизистой оболочке полости рта, положительный симптом Никольского.

15. Дообследуйте больную, поставьте диагноз и внесите коррективы в лечение. Больная 58 лет в течение 3 месяцев отмечает появление эрозий на слизистой оболочке полости рта. Лечилась у стоматолога, получала поливитамины, димедрол, полоскания различными дезинфицирующими растворами, но без эффекта. За последнюю неделю появилось много свежих эрозий, они красного цвета, округлых и неправильных очертаний, расположены на фоне неизменной слизистой, отмечается положительный симптом Никольского.

#### **4. Задания для групповой работы**

Для групповой работы на занятии предполагается разбор ситуационных задач.

#### **Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы аспирантов по указанной теме:*

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием концептов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля*

- Какие патогенетические факторы наиболее часто выявляются у больных псориазом?
- Основные принципы лечения больных псориазом.
- На чем основана вирусная и генетическая теория этиологии псориаза?
- Как обосновать псориазическую триаду симптомов с позиций патогистологических изменений в коже?
- При каких формах псориаза и в какой стадии болезни целесообразно в комплексном лечении применять УФО?
- Как обосновать применение ингаляции интерферона в комплексном лечении больных псориазом?
- В каких случаях допустимо применение в лечении псориаза цитостатических препаратов?
- Почему в прогрессирующей стадии псориаза для наружного лечения применяют только 2% салициловую мазь?
- Какие патогенетические факторы наиболее часто выявляются у больных КПЛ?
- Какие клинические признаки необходимо знать для постановки диагноза КПЛ?
- Почему нейрогенный фактор считается одной из причин КПЛ?
- Почему для лечения ряда больных КПЛ применяют антибиотики?
- Пузырные дерматозы: истинная пузырчатка, дерматоз Дюринга.
- Клиника и течение вульгарной пузырчатки, особенности клинической картины на слизистой оболочке рта и губах. Патоморфология. Симптом Никольского, взятие мазков-отпечатков и распознавание в них акантолитических клеток.
- Поражение кожи и слизистых оболочек при буллезном пемфигоиде и пузырчатке глаз, пузырно-сосудистом синдроме и климактерическом гингивите.

- Понятие об иммунофлюоресцентной диагностике пузырных заболеваний.
- Дифференциальная диагностика пузырчатки с буллезным пемфигоидом, пузырчаткой глаз, многоформной экссудативной эритемой, герпетическим стоматитом, эрозивно-язвенным красным плоским лишаем. Прогноз.
- Принципы лечения пузырчатки кортикостероидами и цитостатиками, санация полости рта и рациональное протезирование как факторы, способствующие быстрому разрешению процесса на слизистой оболочке рта.

### 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

- К пузырным дерматозам не относится:
  1. вульгарная пузырчатка
  2. буллезный пемфигоид
  3. герпетиформный дерматоз
  4. пузырчатка новорожденных
- Пузырный дерматоз, при котором пузыри обычно начинаются со слизистой полости рта:
  1. вульгарная пузырчатка
  2. семейная пузырчатка
  3. сифилитическая пузырчатка
  4. болезнь Дюринга-Брока
- Разновидностями истинной пузырчатки не являются:
  1. вегетирующая
  2. буллезный пемфигоид
  3. листовидная
  4. себорейная
- В группу акантолитической пузырчатки не входит:
  1. вульгарная
  2. себорейная
  3. вегетирующая
  4. семейная
- Уровни залегания пузыря по отношению к эпидермису при пузырчатке:
  1. внутриэпидермальное
  2. субэпидермальное
  3. внутридермальное
  4. внутригиподермальное
- Элементы свойственные вульгарной пузырчатке:
  1. папулы
  2. пузыри
  3. эрозии
  4. волдыри
- При вульгарной пузырчатке обнаруживаются:
  1. отложение IgG в межклеточном веществе и клетках шиповатого слоя
  2. отложения IgG в области базальной мембраны
  3. отложения иммунных комплексов под базальной мембраной
  4. зеленое свечение (лампа Вуда)
- Кожа вокруг пузырей при пузырчатке:
  1. гиперемирована
  2. не изменена
  3. инфильтрирована
  4. с фиолетовым оттенком
- Пузыри при пузырчатке имеют:
  1. дряблую покрышку
  2. плотную покрышку
- Положительный симптом Никольского наблюдается при:
  1. экземе
  2. синдроме Лайелла
  3. герпетиформном дерматите Дюринга
  4. истинной пузырчатке
- Симптом Никольского первой степени:
  1. отслойка эпидермиса при потягивании за край покрышки
  2. расползание пузыря при надавливании на верхушку
- Симптом Никольского второй степени:
  1. грушевидная форма пузырей
  2. отслойка видимо здоровой кожи между пузырями
  3. отслойка эпидермиса при потягивании за край покрышки
- Симптом Никольского третьей степени:
  1. отслойка видимо здоровой кожи между пузырями
  2. отслойка видимо здоровой кожи вдали от пузырей
  3. красная отслойка
- Чтобы получить симптом Асбо-Хансена необходимо:
  1. надавить на пузырь
  2. вскрыть покрышку пузыря
  3. потянуть за покрышку пузыря
  4. потереть между пузырями
- Для подтверждения вульгарной пузырчатки применяют методы исследования:
  1. мазки - отпечатки
  2. биопсию
  3. содержимое пузыря на эозинофилы
  4. РИФ на иммуноглобулины
- Для лечения пузырчатки применяют:
  1. антибиотики
  2. глюкокортикоидные гормоны
  3. препараты железа
  4. антигистаминные
  5. все перечисленное
- К осложнениям кортикостероидной терапии относят:
  1. синдром Иценко-Кушинга
  2. остеопороз
  3. артериальную гипертензию
  4. сахарный диабет
- Себорейная пузырчатка включает в себя следующие симптомы:
  1. красной волчанки, себорейного дерматита и пузырчатки
  2. красного плоского лишая, васкулита и пузырчатки

3. красной волчанки, дерматомиозита и пузырчатки
4. склеродермии, псориаза и пузырчатки

19. Пузырчатка отличается от дерматита Дюринга:

1. сильным зудом
2. напряженными пузырями
3. группировкой пузырей
4. положительным симптомом Никольского

20. Для болезни Дюринга характерно:

1. наличие истинного полиморфизма
2. положительный симптом Никольского
3. склонность высыпаний к группировке
4. положительная чувствительность к йоду

21. Для дерматита Дюринга не характерны:

1. полиморфизм сыпи
2. группировка элементов и зуд
3. акантолитические клетки
4. положительный симптом Никольского

22. Полиморфизм высыпаний характерен для:

1. вульгарной пузырчатки
2. буллезного пемфигоида
3. болезни Дюринга
4. листовидной пузырчатки

23. Для дерматита Дюринга характерны пузыри:

1. вялые
2. напряженные
3. на слизистой рта
4. на воспаленной коже

24. Укажите место расположения полости пузыря при дерматите Дюринга:

1. интраэпидермально
2. субэпидермально
3. субкорнеально

25. Дерматоз, для которого имеет диагностическое значение положительная проба с йодом:

1. вульгарная пузырчатка
2. дерматит Дюринга

Правильные ответы:

1-4	5-1	9-1	13-1	17-1	21-3	25-2	29-1,2
2-1	6-2,3	10-2,4	14-1,2,4	18-4	22-2,4	26-1	30-4
3-2	7-1	11-1	15-2	19-1,2,4	23-2	27-1,2	31-1
4-4	8-2	12-2	16-5	20-3,4	24-2	28-3	

### Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматовенерология: нац. руководство с компакт-диском	под ред. Ю.К. Скрипкина и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014	2	ЭБ «Консультант врача»
2	Дерматовенерология: руководство для врачей	Ю. С. Бутов [и др.].	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2017	2	
3	Кожные и венерические болезни: учеб. руководство для врачей	В.П. Адаскевич, В.М. Козин.	М.: Медицинская литература, 2013	1	

3. буллезный пемфигоид
4. семейная пузырчатка

26. Лабораторными тестами для диагностики болезни Дюринга являются:

1. эозинофилия в крови и пузырной жидкости
2. клетки Тцанка в мазках отпечатках со дна эрозий
3. клетки Сезари
4. симптом дамского каблучка

27. При дерматите Дюринга назначается лечение:

1. глюкокортикоидные гормоны
2. сульфоновые препараты
3. цитостатики
4. ПУВА - терапия

28. Кроме кожи при рубцующемся пемфигоиде поражаются:

1. кожные складки
2. волосистая часть головы
3. слизистая конъюнктивы
4. ногтевые пластинки

29. Пемфигоиды отличаются от истинной пузырчатки:

1. доброкачественным течением
2. локализацией поражения
3. отрицательным симптомом Никольского
4. анемией

30. Какой первичный морфологический элемент предшествует эрозии:

1. узелок
2. бугорок
3. волдырь
4. гнойничок

31. Какие патологические изменения обуславливают появление первичного элемента пузырька:

1. гиперкератоз
2. спонгиоз
3. акантоз
4. акантолиз
5. паракератоз

4	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБ «Консультант врача»
---	--	---------------------------------------	-------------------------	---	------------------------

Дополнительная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматология (атлас – справочник).	Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд.	М.: Практика, 1998	2	-
2	Атлас грибковых заболеваний: атлас	К. А. Кауфман	М: "ГЭОТАР-Медиа", 2010	1	-
3	Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для врачей	С. В. Кошкин, Т. В. Чермных	Кировская ГМА. Киров. 2009	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Атлас возбудителей грибковых инфекций [Электронный ресурс]	Е. Н. Москвитина, Л. В. Федорова, Т. А. Мухомолова, В. В. Ширяев	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 208 с.	-	ЭБС «Консультант врача»
	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с.	-	ЭБС «Консультант студента»

#### Тема 4.2: Современные подходы к терапии инфекционных заболеваний кожи, слизистых, ПЖК.

**Цель:** формирование знаний, умений и навыков в области диагностики и лечения пиодермий, микозов, вирусных заболеваний кожи.

##### Задачи:

- Изучить классификацию пиодермий, вирусных дерматозов (простого пузырькового лишая, опоясывающего лишая, вирусных бородавок, контагиозного моллюска), микозов.
- Сформировать навыки диагностики и диф.диагностики пиодермий, микозов, вирусных дерматозов.
- Рассмотреть методики терапии гнойничковых заболеваний кожи, микозов, вирусных дерматозов.

**Обучающийся должен знать:** современные представления об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, особенности клинических проявлений их, принципы их лечения.

**Обучающийся должен уметь:** использовать полученные знания для проведения клинического обследования больных; провести дифференциальный диагноз на основании критериев диагностики различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП, составить план обследования с учётом патологии используя наиболее информативные методы исследования; с учётом имеющихся классификаций сформулировать полный клинический диагноз, составить план ведения конкретного пациента, подобрать адекватную терапию

**Обучающийся должен владеть:** Навыками дифференциального диагноза и интерпретации результатов обследований; методиками разработки индивидуального плана ведения пациента навыками научно-исследовательской работы.

##### Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

##### 1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Основные патогенетические факторы, благоприятствующие развитию заболевания
- Дифференциально-диагностические признаки фолликулярных и нефолликулярных пустул
- Основные принципы общего и местного лечения гнойничковых заболеваний кожи
- Основные принципы профилактики пиодермий
- Классификация, этиопатогенез вирусных дерматозов.
- Клинические проявления герпес-вирусных инфекций кожи.

- Классификация бородавок, клиническое течение, современные методы лечения: общие и местные.
- Контагиозный моллюск. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Методы лечения.

**2. Практическая работа.** *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков (сбор жалоб и анамнеза у больного с пиодермией, осмотр и описание кожных покровов и придатков, дифференциальный диагноз пиодермий, интерпретация основных методов обследования, назначение местной и общей терапии, оформление рецептов), освоение манипуляций (забор материала из патологического очага для бактериоскопического и культурального исследований, определения чувствительности к антибиотикам) по алгоритму под контролем преподавателя.*

### **3. Решить ситуационные задачи**

Задания выполняются аспирантами самостоятельно под руководством преподавателя. Решение ситуационных задач не заменяет работу с больными, но дополняет ее путем моделирования различных клинических ситуаций. Под задачей в учебном процессе понимается ситуация, предъявленная и принятая аспирантом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. Под успешностью решения задачи понимается правильность решения, затраченное время, количество и характер допущенных ошибок. Так как решение ситуационных задач включает обоснование диагноза, план лечения, решение деонтологических вопросов, построение плана профилактики заболевания и является единоличным решением аспиранта, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности аспирантов.

#### *1) Алгоритм разбора задач*

- описать локальный статус;
- выделить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи;
- по возможности установить предполагаемый диагноз;
- определить план ведения пациента

#### *2) Пример задачи с разбором по алгоритму*

На коже в области левой носогубной складки у больного располагается узел размерами 2 x 1,5 см. Кожа над ним ярко красного цвета, в центре видна пустула. Эритема распространяется за пределы узла. При пальпации резкая болезненность. Болен 2 дня. Диагноз больного и тактика врача?

Ответ: Локальный статус описан в условии задачи. Диагноз: фурункул.

Данный диагноз установлен на основании соответствующих жалоб, анамнеза, клинической картины. Тактика врача: направление на консультацию к челюстно-лицевому хирургу, госпитализация, назначение антибиотиков в виду опасности развития лептоменингита.

#### *3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

1. На прием обратился больной, заметивший изменения на слизистой оболочке нижней губы. На указанном месте располагается опухолевидное образование величиной 0,8 см, возвышающееся над уровнем окружающей слизистой, красного цвета, как бы висящее на ножке. При дотрагивании кровоточит. Воспалительная реакция вокруг не определяется. Заметил 3 месяца назад. Опухоль медленно увеличивается в размере. Ваш диагноз и лечебные мероприятия.

2. На прием обратился больной 32 лет, отмечающий появление воспалительных узлов с пустулезными элементами в центре в течение трех месяцев. Занимался самолечением: накладывал на узлы повязки с ихтиоловой мазью. Узлы вскрывались с выделением гноя, но на новых местах продолжали появляться новые элементы. При осмотре на коже туловища, плеч, бедер имеется до 10 узлов величиной от 1,0 x 1,0 до 1,5 x 1,5 см. Кожа над некоторыми из них ярко-красного цвета, отечная, в центре узлов видны пустулы. Кожа над другими элементами синюшно-красного цвета, в центре – небольшие изъязвления, из которых выделяется гной. Кроме того, имеются свежие рубцы величиной 0,5 x 0,5 см синюшно-красного цвета. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?

3. В подмышечной области у больного пальпируется узел величиной 2 x 2 см. Кожа над ним ярко-красного цвета, отечная, в центре имеется пустула. Субъективно резкая болезненность. Ваш диагноз и лечебные мероприятия?

4. В родильном доме у новорожденного на 3-й день жизни появились рассеянные пузырьные высыпания на коже туловища и конечностей. Содержимое их серозно-гнойное, вокруг выражена эритема. Ладони и подошвы свободны от высыпаний. Повысилась температура тела до 37,8° С. Диагноз, тактика обследования и лечения.



5. У ребенка двух месяцев на коже затылка, спины, ягодиц имеются множественные узлы, плотные, резко ограниченные, величиной до 1,5 см в диаметре, болезненные, кожа над ними багрово-синюшного цвета. Некоторые из них размягчились, в центре их пальпируется флюктуация. Температура тела 38 °С. Болен 4 дня. Диагноз и лечебные мероприятия.

6. На прием обратился мужчина 42 лет с жалобами на наличие язвы в области головки полового члена, сопровождающейся небольшой болезненностью. Болен 3 дня. Посторонние половые связи категорически отрицает. Обследована жена – здорова. При осмотре в области головки полового члена имеется язва размером 1,0 x 1,0 см правильных округлых очертаний, с валикообразно приподнятым краем, инфильтрированным дном мясо-красного цвета, покрытым гнойным налетом, в основании язвы определяется инфильтрат, который выходит за ее пределы. Паховые лимфатические узлы увеличены до 1,5 x 1,5 см, слегка болезненны, не спаяны между собой и с окружающими тканями. О каком заболевании следует думать? Какие следует применять методы лабораторной диагностики? Дифференциальный диагноз. Методы общей и местной терапии?

7. На прием к дерматологу обратилась мать с девочкой пяти лет с жалобами на незначительный зуд, высыпания в области подбородка. Ребенок болен в течение 5 дней. Первоначально на подбородке появилось покраснение, затем дряблый пузырь с гнойным содержимым, который через некоторое время превратился в неровную корку соломенно-желтоватого цвета. Мать смазывала кожу в очаге поражения мазью «деперзолон», но продолжали появляться новые высыпания, в связи с чем мать обратилась к врачу. Ребенок посещает детский сад. Из расспроса матери выяснено, что у двух детей в группе имеются на коже подобные высыпания. Объективно: На коже подбородка на фоне эритемы имеются слоистые корки медово-желтого цвета, местами геморрагического характера. По периферии основного очага отмечаются единичные мелкие фликтены. На коже правого носового хода корки желтого цвета. Ваш диагноз и лечебно-профилактические мероприятия?

8. На прием обратился больной 23 лет, студент, с жалобами на высыпания в носогубном треугольнике и в области подбородка, иногда сопровождающиеся чувством жжения, легкого зуда или покалывания. Болен в течение 2 лет. Первоначально на коже над верхней губой появились отдельные пузырьки с гнойным содержимым, в центре пронизанные волосом. Пустулы быстро засыхали, образуя корки, затем на том же месте появились новые высыпания. Постепенно очаг поражения расширился, заняв весь носогубной треугольник. Месяц назад такие же высыпания стали появляться на подбородке. Обращался к врачу по месту жительства, назначались дезинфицирующие растворы и мази, но лечение было неэффективным. Из сопутствующих заболеваний отмечает хронический ринит, холецистит. Объективно: Больной раздражителен, психически подавлен. В носогубной области, на подбородке кожа инфильтрирована, имеется гиперемия, большое количество пустул, пронизанных волосами, грязно-желтые корки. Ваш диагноз и лечебные мероприятия.

9. На прием к врачу обратился больной 52 лет, рабочий, с жалобами на боль, жжение, образовавшиеся язвы на правой голени, бессонницу, общую слабость. Считает себя больным в течение 5 месяцев. Вслед за травмой средней трети правой голени появился фурункул, после вскрытия, которого образовалась язва. На фоне лечения антибиотиками (внутрь), витаминами и наружными средствами, язва постепенно углублялась и увеличивалась в размерах, заняв всю передне-боковую поверхность голени. Из сопутствующих заболеваний отмечает очаговый туберкулез легких, тромбоз вен нижних конечностей. Объективно. На передне-латеральной поверхности правой голени, с переходом на тыл правой стопы имеется язва с фестончатыми очертаниями, уплотненными инфильтрированными краями, неровным, рыхлым дном с вялыми серыми грануляциями и значительным количеством серозно-гнойного отделяемого. Ваш диагноз и лечебная тактика.

10. На прием обратилась больная 32 лет с жалобами на появление пятен на коже груди и спины, сопровождающихся незначительным зудом. Болеет в течение года. При осмотре на коже груди и спины имеются множественные не-воспалительного характера пятна различной конфигурации и размеров, желтовато-бурого цвета с отрубевидным шелушением. Ваш предположительный диагноз? Дополнительные исследования и лечение.

11. 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. Ваш предположительный диагноз? Лечебные мероприятия.

12. На прием к врачу обратился больной 29 лет, военнослужащий, с жалобами на зуд кожи стоп, потертости. Заболевание связывает с перегреванием. После длительного похода, сняв тесную обувь, обнаружил потертости и опрелость в межпальцевых складках стоп, сопровождающиеся зудом. Подобные воспалительные явления больной отмечал и ранее, но они были выражены не столь резко. Пользуется общественной баней, страдает плоскостопием. Сопутствующие заболевания – ангиопатия нижних конечностей. Объективно: процесс локализуется в межпальцевых складках обеих стоп с переходом на сгибательные поверхности пальцев и тыл стопы. Отчетливо видны эрозии, отслаивающийся, набухший роговой слой эпидермиса. На коже подошв – мелкие эрозии с явлениями мокнутия, на своде стоп – сгруппированная пузырьковая сыпь по типу «саговых зерен», выраженное шелушение. Ваш предположительный диагноз и лечебные мероприятия?

13. На прием к врачу обратился больной 38 лет, скотник, с жалобами на недомогание, головную боль, повышение температуры до 37,6 °С, «узлы» на волосистой части головы. Заболевание связывает со своей профессией – работает скотником в течении 10 лет. Ежедневно контактирует с животными – крупным рогатым скотом, у которого имеются, по свидетельству ветеринарной службы, «лишай». Сопутствующих заболеваний не имеет. Объективно: на коже волосистой части головы несколько очагов поражения, резко очерченных, покрытых большим количеством гнойных сочных корок. После снятия корок из каждого волосяного фолликула в отдельности выделяется гной, напоминающий мед в медовых сотах («медовые соты» Цельзия). Подчелюстные и шейные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Диагноз и лечение.

14. На прием к дерматологу обратилась больная 42 лет, кондитер, с жалобами на зуд и жжение в области межпальцевых складках кистей. Считает себя больной в течении 2-х месяцев. В складке между 3 и 4 пальцами правой кисти первоначально появились вялые пузырьки, которые быстро вскрылись, и образовалась эрозия. Занималась самолечением, смазывала кожу в очаге поражения флуцинаром. Лечение было неэффективным. Из сопутствующий заболеваний отмечает сахарный диабет легкой степени. Объективно. В третьей межпальцевой складке правой кисти имеется эрозия розово-красного цвета с умеренно-мокнущей, гладкой, блестящей поверхностью, резко ограниченная от здоровой кожи. По периферии эрозии видны обрывки мацерированного эпидермиса, имеющего перламутровый оттенок. В глубине межпальцевой складки имеется трещина. Ваш предположительный диагноз? План лечебно-профилактических мероприятий.

15. Из терапевтического отделения на консультацию к дерматологу доставлена больная 68 лет, пенсионерка, с жалобами на зуд, жжение, высыпания в пахово-бедренных складках. Считает себя больной в течение 10 дней, когда впервые в паховой области появилась гиперемия кожи, затем плоские, вялые пузырьки, которые быстро вскрывались и образовались эрозии. Затем процесс стал распространяться на внутреннюю поверхность бедер. В терапевтическом отделении больная находится в течение месяца по поводу двусторонней пневмонии, осложненной экссудативным плевритом. Получила 50 млн ЕД пенициллина в/м. Из сопутствующих заболеваний отмечает хронический анацидный гастрит, сахарный диабет средней степени тяжести. Объективно. Процесс локализуется в пахово-бедренных складках, с переходом на лобковую область. В этих местах имеются крупные эрозии темно-красного цвета, с блестящим ливидным оттенком, полициклическими очертаниями, с резкими границами и умеренной влажностью. По периферии очагов – бордюр из белесоватого отслаивающегося мацерированного эпидермиса. Вокруг основного очага имеются мелкие очажки такого же характера. Ваш предположительный диагноз? Лечение.

16. На прием к дерматологу направлен из стоматологической поликлиники больной 36 лет с жалобами на сухость рта и жжение языка, белесоватый налет. На протяжении 2-х недель получал внутрь тетрациклин в связи с обострением хронической пневмонии. К концу этого срока почувствовал неприятные ощущения в полости рта. Обратился к стоматологу, который назначил полоскания. Состояние не улучшилось, в связи с чем был направлен к дерматологу. Объективно. На передней поверхности языка имеется почти сплошной налет беловато-сероватого цвета, по периферии такого же характера очаги круглой формы величиной 0,5x0,5 см. Обращают на себя внимание продольные и отчасти поперечные бороздки, а также очаги, имеющие гладкую, лишенную сосочков, красную поверхность языка. Из сопутствующих заболеваний – хронический анацидный гастрит, диабет. Ваш диагноз и лечение.

17. На прием к педиатру обратилась девочка с жалобами на поражение в углах рта. Считает себя больной в течении двух месяцев. Временами процесс улучшается, но полностью никогда не исчезает. В углах рта располагается эрозия, в центре которой имеется мацерация белесоватого цвета. Диагноз?

18. Мужчина 30 лет, жалуется на высыпания на головке полового члена, не вызывающие субъективных расстройств. Болеет в течение 3 месяцев. Элементы сыпи постоянно увеличиваются в размерах. Объективно: в области венечной борозды, на головке полового члена имеются папулы величиной до 0,4 см, цвета нормальной кожи, местами с белесоватым оттенком вследствие мацерации, мягкой консистенции, расположенные на узкой ножке. Поверхность папул имеет дольчатое строение, напоминающее по внешнему виду цветную капусту. Поставьте клинический диагноз, назначьте лечение больному.

19. 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. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.

20. Больная жалуется на высыпания на красной кайме нижней губы, сопровождающиеся жжением. Высыпания возникают уже третий раз. Промежутки между рецидивами составляют 2-3 месяца. Отмечает связь рецидивов с переохлаждениями, простудными заболеваниями. При осмотре на красной кайме нижней губы на фоне эритемы сгруппированные пузырьки с серозным содержимым, серозные корочки. Поставьте диагноз и назначьте лечение.

21. У девочки 14 лет с дисменореей в период появления месячных в области левой большой половой губы на фоне эритемы появляются сгруппированные, близко расположенные, но не сливающиеся пузырьки размером 0,2x0,2 см с серозным экссудатом. Субъективно - зуд, жжение. Ваш предположительный диагноз и лечение.

22. В семье двое детей. Младший ребенок заболел ветряной оспой. У старшего через 7 дней появились боли приступообразного характера, иррадиирующие по ходу межреберных нервных ветвей слева. В дальнейшем появилась эритема и сгруппированные пузырьки величиной 0,5x0,5 см. Покрышка пузырьков напряжена, имеется пупкообразное вдавливание, содержимое мутноватое. Поставьте диагноз, назначьте лечение.

23. 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 V-VI 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. Поставьте диагноз, назначьте лечение больной.

#### **4. Задания для групповой работы**

Для групповой работы на занятии предполагается разбор ситуационных задач.

#### **Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы аспирантов по указанной теме:*

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля*

- Пиодермии. Этиология и патогенез. Классификация по этиологии и глубине поражения.
- Клиника. Первая врачебная помощь больным: антибиотики, сульфаниламиды, наружно спиртовые растворы анилиновых красок, чистый ихтиол.
- Опасность фурункулов при локализации на лице и шее, тактика ведения таких больных. Профилактика пиодермии на производстве и в быту.
- Лечение: антибиотикотерапия, иммуномодуляторы, наружная терапия (пасты с антибиотиками, анилиновые красители, фуцидин).
- Патогенетические факторы при микозах стоп, кандидозе слизистой оболочки полости рта
- Какие лекарственные средства, вызывая дисбактериоз кишечника, снижают сопротивляемость организма и ведут к появлению кандидоза?
- Почему возможность заражения эпидермофитией наиболее вероятна в банях, бассейнах и душевых?
- Назовите причины кандидоза (молочницы) у детей.
- Перечислите предрасполагающие факторы к заражению эпидермофитией стоп.
- Классификация и клиническая картина вирусных бородавок
- Методы деструкции.
- Противовирусные препараты в лечении герпетической инфекции.
- Классификация и клиническая картина различных форм опоясывающего лишая.

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

Аспирант, отвечая на поставленный вопрос, выбирает из пяти возможных комбинаций единственно правильный ответ согласно следующему коду:

I – правильный ответ 1

II – правильные ответы 2 и 4

III – правильные ответы 1, 3, 5

IV – нет правильных ответов

V – все ответы правильные

1. К экзогенным факторам, способствующим развитию пиодермии, относятся:
  1. Травмы кожи
  2. Акромегалия
  3. Переохлаждение
  4. Кардиопатия
  5. Высокая активность возбудителя
2. К эндогенным факторам, способствующим развитию пиодермии, относятся:
  1. Гипергликемия
  2. Гипопротеинемия
  3. Гипертиреоз
  4. Гиповитаминоз
  5. Кишечные интоксикации
3. Возникновению вульгарных угрей способствует все, кроме:
  1. Биополя больных
  2. Увеличение сахара крови
  3. Генетической предрасположенности
  4. Нарушения кожного барьера
  5. Приема кортикостероидов
4. Какие факторы способствуют развитию пиодермии?
  1. Травмы кожи
  2. Перегревание
  3. Переохлаждение
  4. Укусы насекомых
  5. Изменение pH в щелочную сторону.
5. К стафилодермиям относятся:
  1. Турниоль
  2. Фурункул
  3. Шанкриформная пиодермия
  4. Вульгарный сикоз
  5. Заеда
6. Для стрептодермий характерно:
  1. Распространение процесса вширь
  2. Распространение процесса вглубь
  3. Серозно-гнойный экссудат
  4. Напряженная покрывка пустулы
  5. Вялая покрывка пустулы
7. Первичными морфологическими элементами при стрептодермиях являются:
  1. Акне
  2. Фликтена
  3. Импетиго
  4. Эктима
  4. Папула
8. Какие морфологические элементы встречаются при стафилодермиях:
  1. Импетиго
  2. Фликтена
  3. Узел
  4. Эктима
  5. Остиофолликулит
9. К стрепто-стафилодермиям относятся:
  1. Шанкриформная пиодермия
2. Интертригинозная стрептодермия
3. Вульгарное импетиго
4. Ангулярный стоматит
5. Хроническая язвенная пиодермия
10. К стрептодермиям относятся:
  1. Рожа
  2. Импетиго вульгарное
  3. Гидраденит
  4. Фурункул
  5. Эпидемическая пузырчатка
11. Везикулопустулезу способствуют следующие факторы:
  1. Мацерация
  2. Нарушение углеводного обмена
  3. Потливость
  4. Нарушение трофики
  5. Недоношенность.
12. Укажите клинические симптомы эпидемической пузырчатки новорожденных:
  1. Болеют дети в возрасте 3-6 дней жизни
  2. Течение острое
  3. Процесс распространяется на все кожные покровы
  4. Не поражается кожа ладоней и подошв
  5. Высококонтагиозное заболевание
13. Укажите разновидности стрептококкового импетиго:
  1. Импетиго складок (щелевидное)
  2. Остиофолликулит
  3. Поверхностный панариций
  4. Фолликулит
  5. Сухое импетиго
14. Какие стафилодермии встречаются у детей грудного возраста?
  1. Остиофолликулит
  2. Везикулопустулез
  3. Пиогенная гранулема
  4. Псевдофурункулез
  5. Гидраденит
15. В какой период жизни ребенка чаще возникает везикулопустулез?
  1. После 3—5 дня жизни ребенка
  2. От 1 года до 3-х лет жизни
  3. От 3-х до 5-ти лет жизни
  4. В конце 1-го года жизни
  5. В любом возрасте
16. Псевдофурункулез — это поражение:
  1. Эккринных потовых желез
  2. Апокринных потовых желез
  3. Сальных желез
  4. Волосяных фолликулов
  5. Всего перечисленного
17. Самой частой формой стрептодермии у детей является:
  1. Стрептококковое импетиго
  2. Пузырное импетиго

3. Щелевидное импетиго
4. Папуло-эрозивное импетиго
5. Эктима

18. Для отрубевидного лишая характерны следующие клинические проявления:

1. Розеола
2. Невоспалительные гиперпигментные пятна
3. Волдыри
4. Псевдолейкодерма
5. Геморрагические пятна

19. Отрубевидный лишай вызывается:

1. *Pityrosporum orbiculare*
2. *Candida albicans*
3. *Microsporum ferrugineum*
4. *Trichophyton rubrum*
5. *Corinebacterium minutissima*

20. Какие признаки патогномичны для отрубевидного лишая?

1. Симптом Никольского
2. Йодная проба Бальцера
3. Реакция Яриша-Лукашевича-Герксгеймера
4. Симптом Бенье
5. Симптом Бенье-Мещерского

21. Какие препараты используются для наружного лечения отрубевидного лишая?

1. Салициловый спирт
2. Водно-мыльная эмульсия бензилбензоата
3. Мазь «Микоспор»
4. Крем или спрей «Ламизил»
5. Мазь «Клотримазол»

22. Выберите критерии диагностики отрубевидного лишая:

1. Клиника заболевания
2. Бактериологический метод
3. Бактериоскопический метод
4. Серологический метод
5. Свечение под лампой Вуда

23. Для микоза стоп, обусловленного интердигитальным трихофитом, характерно поражение:

1. Крупных складок
2. Кистей
3. Стоп
4. Гладкой кожи туловища
5. Ногтевых пластинок

24. Перечислите основные диагностические критерии «ПАХОВОЙ» эпидермофитии крупных складок:

1. Морфологический элемент — эритема
2. Поражение кожи туловища
3. Поражение крупных складок
4. Вовлечение в процесс пушковых волос

25. Какие осложнения наблюдаются при эпидермофитии стоп?

1. Микотическая экзема
2. Истинная экзема
3. Вторичная пиодермия
4. Токсикодермия

5. Рожистое воспаление

26. Какие из ниже перечисленных факторов способствуют возникновению микоза стоп, обусловленного интердигитальным трихофитом:

1. Использование общей обуви
2. Контакт с сельскохозяйственными животными
3. Плохое санитарное состояние душевых
4. Использование общих головных уборов
5. Повышенная потливость

27. При каких микозах наблюдается свечение под лампой Вуда?

1. Трихофития
2. Микроспория
3. Фавус
4. Отрубевидный лишай
5. Кандидоз

28. Какие заболевания кожи имеют вирусную этиологию?

1. Остроконечные кондиломы
2. Вульгарные бородавки
3. Генитальный герпес
4. Опоясывающий лишай
5. Контагиозный моллюск

29. Какие вирусы относятся к группе семейства герпес-вирусов?

1. ВПГ
2. Аденовирус
3. *Varicella-Zoster*
4. ВПЧ
5. ЦМВ

30. Резервуаром ВПГ у человека являются:

1. Слезные железы
2. Ганглии тройничного нерва
3. Конъюнктивы
4. Кожа
5. Мозг

31. В кровеносном русле ВПГ находится:

1. На эндотелии кровеносных капилляров
2. В свободном состоянии
3. Внутри эритроцитов
4. Внутри лейкоцитов
5. Внутри тромбоцитов

32. Макрофаги, очищающие организм от вирусов располагаются в:

1. Синусах костного мозга
2. Печени
3. Лимфатических узлах
4. Плевральной полости
5. Селезенке

33. Причинами реактивации герпетической инфекции могут служить:

1. Простудные заболевания
2. Глистные инвазии
3. Переохлаждение
4. Повышение АД
5. Стрессы

34. Перечислите характерные клинические проявления простого пузырькового лишая:

1. Наличие зуда или жжения
2. Локализация вокруг естественных отверстий
3. Первичный морфологический элемент — пузырьки
4. Группировка высыпаний
5. Эволюционный полиморфизм

35. Какие морфологические элементы бывают при простом пузырьковом лишае?

1. Везикулы
2. Волдыри
3. Папула
4. Фолликулит
5. Эктима

36. Какова средняя продолжительность существования высыпаний при простом пузырьковом лишае?

1. 7-9 дней
2. 2-4 дня
3. 2 недели
4. Месяц
5. Более месяца

37. Назовите пути заражения бородавками?

1. Трансфузионный

Правильные ответы:

1-3	6-3	11-5	16-1	21-5	26-3	31-5	36-1
2-5	7-2	12-5	17-1	22-3	27-1	32-5	37-2
3-1	8-3	13-3	18-2	23-3	28-5	33-3	38-5
4-5	9-3	14-2	19-1	24-3	29-3	34-5	39-1
5-2	10-1	15-1	20-2	25-3	30-2	35-1	40-5

2. Прямой контакт
3. Воздушно-капельный
4. Через инфицированные предметы
5. Трансмиссивный

38. Перечислите клинические разновидности бородавок:

1. Вульгарные
2. Плоские
3. Подошвенные
4. Нитевидные
5. Остроконечные кондиломы

39. Какой первичный морфологический элемент типичен для бородавок?

1. Папула
- 2.

Бугорок

3. Волдырь
4. Узел
5. Везикула

40. Перечислите клинические характеристики типичные для вульгарных бородавок:

1. Локализуются на кистях
2. Диссеминируют за счет аутоиннокуляции
3. Представлены плотными округлыми папулами
4. На поверхности папул вегетации и ороговение
5. Часто рецидивируют

## Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматовенерология: нац. руководство с компакт-диском	под ред. Ю.К. Скрипкина и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014	2	ЭБ «Консультант врача»
2	Дерматовенерология: руководство для врачей	Ю. С. Бутов [и др.].	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2017	2	
3	Кожные и венерические болезни: учеб. руководство для врачей	В.П. Адаскевич, В.М. Козин.	М.: Медицинская литература, 2013	1	
4	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБ «Консультант врача»

Дополнительная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматология (атлас – справочник).	Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. По-	М.: Практика, 1998	2	-

		лано, Д. Сюрмонд.			
2	Атлас грибковых заболеваний: атлас	К. А. Кауфман	М: "ГЭОТАР-Медиа", 2010	1	-
3	Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для врачей	С. В. Кошкин, Т. В. Чермных	Кировская ГМА. Киров. 2009	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Атлас возбудителей грибковых инфекций [Электронный ресурс]	Е. Н. Москвитина, Л. В. Федорова, Т. А. Мукомолова, В. В. Ширяев	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 208 с.	-	ЭБС «Консультант врача»
	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с.	-	ЭБС «Консультант студента»

## Раздел 5: Новообразования кожи. Паранеоплазии. Дисхромии кожи. Гиперкератозы. Атрофии кожи.

### Тема 5.1: Различные новообразования кожи (меланоцитарные и немеланоцитарные), методы оптической диагностики.

**Цель:** формирование знаний, умений и навыков в области диагностики и лечения новообразований кожи.

#### Задачи:

- Изучить классификацию доброкачественных и злокачественных новообразований кожи, лимфом кожи.
- Сформировать навыки диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований кожи, лимфом кожи.
- Рассмотреть методики терапии доброкачественных и злокачественных новообразований кожи, лимфом кожи.

**Обучающийся должен знать:** современные представления об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, особенности клинических проявлений их, принципы их лечения.

**Обучающийся должен уметь:** использовать полученные знания для проведения клинического обследования больных; провести дифференциальный диагноз на основании критериев диагностики различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП, составить план обследования с учётом патологии используя наиболее информативные методы исследования; с учётом имеющихся классификаций сформулировать полный клинический диагноз, составить план ведения конкретного пациента, подобрать адекватную терапию

**Обучающийся должен владеть:** Навыками дифференциального диагноза и интерпретации результатов обследований; методиками разработки индивидуального плана ведения пациента навыками научно-исследовательской работы.

#### Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

##### 1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Классификации новообразований эпидермиса, дермы, ПЖК.
- Тактика ведения.
- Клиника и тактика при кистозных образованиях.
- Паранеопластические дерматозы и синдромы. Герпетиформный дерматоз Дюринга. Этиопатогенез, патоморфология, особенности клиники и диагностики. Эритема Гамелла, глюкогонома, синдром Свита, гангренозная пиодермия, паранеопластическая пузырчатка. Тактика ведения.

**2. Практическая работа.** *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков (сбор жалоб и анамнеза у больного с новообразованием кожи, осмотр и описание кожных покровов и придатков, дифференциальный диагноз новообразований кожи, интерпретация основных методов обследования, назначение местной и общей терапии, оформление рецептов), освоение манипуляций (осмотр новообразования с использованием дерматоскопа) по алгоритму под контролем преподавателя.*

##### 3. Решить ситуационные задачи

Задания выполняются аспирантами самостоятельно под руководством преподавателя. Решение ситуационных задач не заменяет работу с больными, но дополняет ее путем моделирования различных клинических ситуаций. Под задачей в учебном процессе понимается ситуация, предъявленная и принятая аспирантом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. Под успешностью решения задачи понимается правильность решения, затраченное время, количество и характер допущенных ошибок. Так как решение ситуационных задач включает обоснование диагноза, план лечения, решение деонтологических вопросов, построение плана профилактики заболевания и является единоличным решением аспиранта, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности аспирантов.

#### 1) Алгоритм разбора задач

- описать локальный статус;
- выделить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи;
- по возможности установить предполагаемый диагноз.

#### 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

На коже спины имеется более 10 очагов депигментации кожи, в центре которых определяются пятна пигментации диаметром до 3 мм. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

Ответ: Множественные невусы Сеттона, дифференцировать с розовым лишаем, отрубевидным лишаем, сифилитической лейкодермой. Тактика ведения: защита от инсоляции и травматизации.

#### 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1. Больной 63 лет. 5 лет тому назад на коже туловища появились очаги, которые очень медленно увеличивались, мало беспокоили больного. Объективно: на коже спины определяются три красновато-коричневатых возвышающихся очага округлых очертаний, размером 3x4 см, покрытых чешуйко-корочками. На границе со здоровой кожей виден четкий валикообразный край, состоящий из мелких желтовато-белых узелков. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

2. У больного в возрасте 73 лет на левой щеке обнаружен склероподобный очаг размером 1x1,5 см. желтовато-розового цвета, напоминающего слоновую кость. По периферии – плотный валик. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

3. Больной 46 лет, около 1 года назад заметил на головке полового члена язвочку, покрытую коркой. Постепенно язва росла, усиливалась боль, увеличились паховые лимфоузлы. При осмотре: на головке полового члена определяется болезненная язва неправильных очертаний около 2,5 см. в диаметре. Дно ее неровное, зернистое, легко кровоточащее, края плотные, воспалительные явления вокруг отсутствуют. Паховые лимфоузлы увеличены, плотные, спаянные. Бледная трепонема не обнаружена, RW, РИФ, РИБТ отрицательные. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

4. При осмотре у 63 летней больной в области передней поверхности левой голени обнаружена болезненная глубокая язва диаметром 3 см. Очертания язвы неправильные, края выворочены, плотные, дно изрытое, бугристое, паховые лимфоузлы увеличены, плотные, спаяны. RW, РИФ, РИБТ отрицательны. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

5. Больной 60 лет. На коже лба и в области скуловых костей 4 очага гиперкератоза желтоватого цвета с красноватым оттенком. Очаги резко ограничены, с плотно сидящими серовато-белыми чешуйками, размерами от 1,5 до 3 см в диаметре. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

6. Больной 68 лет, заболел 4 года назад, На коже лба, в области орбит, височных костей многочисленные желтовато – белые полупрозрачные папуловидные элементы размером с чечевицу, с запавшим центром.

7. У пациента 50 лет имеется опухолевидное образование в области спинки носа: возвышающаяся над поверхностью кожи опухоль диаметром 1 см красного цвета с кратерообразным углублением в центре, заполненным роговыми массами серого цвета. Края опухоли плотноватые, ровные без телеангиоэктазий. Зуд и болезненность отсутствуют. Год назад подобный элемент появился на щеке, но самостоятельно регрессировал, оставив небольшой атрофический рубец.

#### 4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается разбор ситуационных задач.

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы аспирантов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

- Доброкачественные и злокачественные новообразования кожи. Признаки малигнизации невусов.
- Паранеопластические процессы в коже.
- Тактика ведения пациентов с новообразованиями кожи и придатков.



3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. Укажите облигатные предраковые болезни:</p> <p>1. болезнь Боуэна</p> <p>2. пигментная ксеродерма</p> <p>3. лейкоплакия</p> <p>4. эритроплазия Кейра</p> <p>2. Укажите факультативные предраковые болезни:</p> <p>1. акнический хейлит</p> <p>2. болезнь Педжета</p> <p>3. трофическая язва</p> <p>4. хроническая трещина нижней губы</p> <p>3. Укажите злокачественные опухоли:</p> <p>1. базалиома</p> <p>2. кератоакантома</p> <p>3. меланома</p> <p>4. ботриогранулема</p> <p>4. Для лечения лимфом применяют:</p> <p>1. кортикостероиды</p> <p>2. цитостатики</p> | <p>3. лучевую терапию</p> <p>4. препараты цинка</p> <p>5. Эритроплазию Кейра дифференцируют с:</p> <p>1. кандидозным баланопоститом</p> <p>2. твердым шанкром</p> <p>3. герпесом</p> <p>4. мягким шанкром</p> <p>6. Базалиома чаще локализуется на:</p> <p>1. ладонях</p> <p>2. лице</p> <p>3. туловище</p> <p>4. бедрах</p> <p>7. Базально-клеточную эпителиому дифференцируют с:</p> <p>1. спиноцеллюлярным раком</p> <p>2. экземой</p> <p>3. хронической красной волчанкой</p> <p>4. псориазом</p> |
|---|---|

Правильные ответы:

1-2                      2-1,4                      3-1,3                      4-1,2                      5-1,2,3,4                      6-2                      7-1,3

Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматовенерология: нац. руководство с компакт-диском	под ред. Ю.К. Скрипкина и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014	2	ЭБ «Консультант врача»
2	Дерматовенерология: руководство для врачей	Ю. С. Бутов [и др.].	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2017	2	
3	Кожные и венерические болезни: учеб. руководство для врачей	В.П. Адашкевич, В.М. Козин.	М.: Медицинская литература, 2013	1	
4	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБ «Консультант врача»

Дополнительная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматология (атлас – справочник).	Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд.	М.: Практика, 1998	2	-
2	Атлас грибковых заболеваний: атлас	К. А. Кауфман	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010	1	-
3	Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для врачей	С. В. Кошкин, Т. В. Чермных	Кировская ГМА. Киров. 2009	10	ЭБС Кировского ГМУ

4	Атлас возбудителей грибковых инфекций [Электронный ресурс]	Е. Н. Москвитина, Л. В. Федорова, Т. А. Мукомолова, В. В. Ширяев	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 208 с.	-	ЭБС «Консультант врача»
	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с.	-	ЭБС «Консультант студента»

## Тема 5.2: Дисхромии: витилиго и хлоазма. Гиперкератозы и атрофии кожи: классификация, методы коррекции.

**Цель:** формирование знаний, умений и навыков в области диагностики и лечения дисхромий, гиперкератозов и атрофий кожи.

### Задачи:

- Изучить классификацию дисхромий, заболеваний, сопровождающихся гиперкератозом и атрофическими явлениями в коже и ПЖК
- Сформировать навыки диагностики и диффдиагностики витилиго, альбинизма и хлоазмы, заболеваний, сопровождающихся гиперкератозом и атрофическими явлениями в коже и ПЖК
- Рассмотреть методики терапии дисхромий, а также заболеваний, сопровождающихся гиперкератозом и атрофическими явлениями в коже и ПЖК

**Обучающийся должен знать:** современные представления об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, особенности клинических проявлений их, принципы их лечения.

**Обучающийся должен уметь:** использовать полученные знания для проведения клинического обследования больных; провести дифференциальный диагноз на основании критериев диагностики различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП, составить план обследования с учётом патологии используя наиболее информативные методы исследования; с учётом имеющихся классификаций сформулировать полный клинический диагноз, составить план ведения конкретного пациента, подобрать адекватную терапию

**Обучающийся должен владеть:** Навыками дифференциального диагноза и интерпретации результатов обследований; методиками разработки индивидуального плана ведения пациента навыками научно-исследовательской работы.

### Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

#### 1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Этиология, патогенез, современная классификация и варианты течения пигментных нарушений;
- принципы диагностики дисхромий;
- протокол ведения больных с дисхромиями.
- Различные виды заболеваний, сопровождающихся явлениями гиперкератоза и атрофии кожи и ПЖК (кератодермии, фолликулярный дискератоз Дарье, красная волчанка, склеродермия, атрофические формы КПЛ).
- Дифференциальный диагноз гиперкератозов и атрофий кожи.

**2. Практическая работа.** *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков (сбор жалоб и анамнеза у больного с дисхромией, осмотр и описание кожных покровов и придатков, дифференциальный диагноз дисхромий, интерпретация основных методов обследования, назначение местной и общей терапии, оформление рецептов), освоение манипуляций (проведение пробы Бальцера, осмотра под лампой Вуда) по алгоритму под контролем преподавателя.*

#### 3. Решить ситуационные задачи

Задания выполняются аспирантами самостоятельно под руководством преподавателя. Решение ситуационных задач не заменяет работу с больными, но дополняет ее путем моделирования различных клинических ситуаций. Под задачей в учебном процессе понимается ситуация, предъявленная и принятая аспирантом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. Под успешностью решения задачи понимается правильность решения, затраченное время, количество и характер допущенных ошибок. Так как решение ситуационных задач включает обоснование диагноза, план лечения, решение деонтологических вопросов, построение плана профилактики заболевания и является единоличным решением аспиранта, их использование является как средством обучения, так и контроля, а

также средством воспитания самостоятельности аспирантов.

### 1) Алгоритм разбора задач

- описать локальный статус;
- выделить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи;
- по возможности установить предполагаемый диагноз.

### 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

На коже спины имеется более 10 очагов депигментации кожи, в центре которых определяются пятна пигментации диаметром до 3 мм. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

Ответ: Множественные невусы Сеттона, дифференцировать с розовым лишаем, отрубевидным лишаем, сифилитической лейкодермой. Тактика ведения: защита от инсоляции и травматизации.

### 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1. У мужчины 50 лет после пребывания на солнце на коже подбородка резко обозначились 5 очагов белого цвета округлой формы, в очагах отмечается рост обесцвеченных волос. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

2. При прохождении призывной военно-врачебной комиссии у молодого человека на коже груди, спины, верхних конечностей определяется до 50 очагов депигментации без явлений атрофии, с четкими границами. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

3. На коже спины имеется более 10 очагов депигментации кожи, в центре которых определяются пятна пигментации диаметром до 3 мм. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

4. На прием обратилась женщина 37 лет с жалобами на появление светло-коричневых пятен, не возвышающихся над уровнем кожи симметрично на обеих скулах. Анамнестически: принимает периоральные контрацептивы в течение 4 месяцев. Предположительный диагноз, план ведения.

5. На прием к врачу обратилась больная 44 лет, с жалобами на чувство жжения и покалывания в очагах поражения на коже лица. Заболевание связывает с периодическим охлаждением и длительным пребыванием на солнце. По поводу хронической ангины неоднократно принимала сульфаниламидные препараты. Высыпания появились три месяца назад на коже лица, процесс медленно прогрессирует. Лечилась различными противовоспалительными мазями. Больная не обследована. Объективно: очаги поражения локализируются на коже переносицы и щек в виде «крыльев бабочки», а также на губах и подбородке. Очаги резко очерчены, представлены растущими по периферии и сливающимися друг с другом розовато-красного цвета инфильтрированными бляшками, покрытыми роговыми, плотно сидящими чешуйками, связанными с устьями волосяных фолликулов (фолликулярный гиперкератоз). По периферии очагов – телеангиэктазии, в центре – атрофия кожи. Ваш предположительный диагноз? Методы лечения и профилактики.

6. Больная 63 лет, жалуется на высыпания на коже лица, не сопровождающиеся субъективными расстройствами. Больна 6 лет. Заболевание обостряется ежегодно в апреле-июне, зимой воспалительные явления стихают, но в местах прошлых высыпаний отмечаются рубцы. Объективно: на левой щеке неправильной формы, резко ограниченный очаг поражения размером 4x2 см. Кожа в очаге синюшно-красного цвета, несколько уплотнена, покрыта плотно сидящими, трудно отделяемыми белесоватыми чешуйками. На лбу и щеках видны неправильной формы депигментированные атрофические рубцы различных размеров. Поставьте клинический диагноз. Какие препараты Вы используете для общей и наружной терапии?

7. Больную 45 лет беспокоит появление высыпаний на коже левой щеки и крыльев носа, не сопровождающиеся субъективными ощущениями. Первые признаки болезни в виде ярко-розового «пятна» в диаметре 5 мм появились в мае месяце на крыле носа, больная к врачам не обращалась, самостоятельно не лечилась. За последние полгода процесс распространился на другое крыло носа и кожу левой щеки. Объективно определяется элемент, состоящий из плотно сидящих чешуек, периферической зоны гиперемии и незначительного участка рубцовой атрофии. Поставьте диагноз. Какие дополнительные симптомы необходимо проверить для подтверждения диагноза.

8. В дерматологическое отделение поступил больной, с жалобами на общую слабость, высокую температуру тела, боли в суставах и мышцах, сердцебиение, одышку, высыпания на коже. 4 года назад больному был выставлен диагноз: Дискоидная красная волчанка. На коже лица и туловища отмечается диффузная отечная эритема, напоминающая рожистое воспаление. На фоне эритемы большое количество пузырьков, пузырей и эрозий. Пузыри с геморрагическим содержимым. На коже груди, над локтевыми и коленными суставами, на кончиках пальцев отмечаются геморрагии. Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

9. Больной Б. 35 лет, обратился с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, а также боли в суставах и мышечную слабость. При осмотре: на коже туловища (в области живота и спины), на разгибательных и сгибательных поверхностях плечей и бедер, имеются очаги пораженной кожи размером до ладони, цвета «старой слоновой кости» с сиреневым ободком по периферии. Кожа в местах поражения гладкая, не собирается в складку, без волос, плотная при пальпации. В отдельных участках отмечается атрофия,

напоминающая папиросную бумагу. Межфаланговые и лучезапястные суставы отечные, отмечается ограничение активных и пассивных движений. Мышцы, прилегающие к суставам, уплотнены, напряженные, мышечная сила снижена. Рентгенография кистей определила сужение межфаланговых суставных щелей и суставов костей запястья; эпифизарный (околосуставной) диффузный остеопороз с атрофией субхондральной пограничной пластинки. Структура кости эпифиза умеренно размыта; на суставных поверхностях межфаланговых суставов II-V пальцев кистей – микрокисты субхондрального слоя. Заключение: Склеродермический суставной синдром. Поставьте диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза.

10. В дерматологическое отделение поступил ребенок, 12 лет, с жалобами на высыпания на волосистой части головы с переходом на кожу лба и носа. Объективно: в данной зоне определяется очаг цвета слоновой кости с розовато-синюшный ореолом по периферии. Поверхность пораженной кожи блестящая, рисунок ее сглажен, волосы отсутствуют, отверстия фолликулов спавшиеся. Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

#### 4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается разбор ситуационных задач.

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы аспирантов по указанной теме:*

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля*

- Причины и триггерные факторы появления витилиго.
- Клиническая классификация витилиго.
- Причины развития хлоазмы и сопутствующие заболевания.
- Принципы терапии дисхромий.

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

- Для витилиго характерны первичные элементы:
  - папула
  - волдырь
  - пятно депигментации
  - узел
- В патогенезе болезни имеют значения:
  - болезни легких
  - болезни щитовидной железы
  - нарушения нервной системы
  - недостаточность гипофизарно-надпочечниковой системы
- Дифференциальный диагноз проводится с:
  - сифилитической лейкодермой
  - розовым лишаем
  - отрубевидным лишаем
  - туберкулезом кожи
- Для лечения витилиго применяют:
  - препараты цинка, меди, железа
  - меланин
  - кортикостероиды
  - ПУВа – терапия
  - все перечисленное
- Перечислите особенности течения витилиго у детей:
  - заболевание нехарактерно для детей младшего возраста;
  - нередко витилиго предшествует появление множественных невусов Сеттона;
  - возможны семейные случаи заболевания;
  - все ответы верны.
- Заболевания, с которыми зачастую связано появление хлоазмы
  - патология ЖКТ
  - гинекологические заболевания
  - патология щитовидной железы
  - верно все перечисленное
  - В лечении хлоазмы применяется все, кроме:
    - отшелушивающие и отбеливающие средства
    - дермабразия
    - лазерный пилинг
    - фотоомоложение
    - мезотерапия и криотерапия.
    - ретиноиды
  - Какие нозологические формы относятся к болезням соединительной ткани?
    - Дерматомиозит
    - Пузырчатка
    - Красная волчанка
    - Буллезный эпидермолиз
    - Склеродермия
  - Какой контингент населения чаще болеет красной волчанкой?
    - Лица, продолжительно пребывающие на солнце
    - Возрастная группа 20-40 лет
    - Лица, принимающие гризеофульвин, тетрациклин
    - Блондины
    - Представители белой расы
  - В возникновении красной волчанки ведущую роль играют:
    - Аутоиммунные процессы
    - Аллергия
    - Акантолиз
    - Нарушения в системе цитохрома
    - Радиация
  - К хроническим формам красной волчанки относятся:

1. Диссеминированная
  2. Системная
  3. Дiskoидная
  4. Острая
  5. Центробежная эритема Биетта
12. Кардинальными клиническими проявлениями красной волчанки являются?
    1. Гиперкератоз
    2. Пигментация
    3. Атрофия
    4. Телеангиэктазии
    5. Эритема
  13. Для дискоидной красной волчанки характерны следующие симптомы?
    1. Ядассона
    2. Бенье-Мещерского
    3. Ауспитца
    4. Дамского каблучка
    5. Никольского
  14. Провоцирующими факторами в возникновении красной волчанки являются:
    1. Ультрафиолетовое облучение
    2. Медикаменты (антибиотики, вакцины, сыворотки и т.д.)
    3. Нервно-психические стрессы
    4. Очаги хронической вирусной инфекции
    5. Эндокринные нарушения
  15. В основе коллагенозов лежат следующие патоморфологические изменения в коже:
    1. Мукоидное набухание
    2. Гипергранулез
    3. Фибриноидное набухание
    4. Амилоидоз
    5. Фибриноидный некроз
  16. Какие нозологические формы относятся к ограниченной склеродермии?
    1. Бляшечная
    2. Склеродактилия
    3. Линейная
    4. Диффузная
    5. Идиопатическая атрофодермия
  17. Какие клинические стадии развития характерны для бляшечной склеродермии?
    1. Отек
    2. Лихенификация
    3. Индурация
    4. Изъязвление
    5. Атрофия
  18. Провоцирующими факторами в развитии очаговой склеродермии являются:
    1. Радиация
    2. Травма
    3. Термические факторы
    4. Инфекция
    5. Инсоляция
  19. Для склероатрофического лишена (болезни белых пятен) характерно:
    1. Преобладание у женщин
    2. Наличие индурации
    3. Локализация в области плечевого пояса
    4. Появление эритемы
    5. Наличие белых пятен с легкой атрофией

**Правильные ответы:**

1-3      3-1, 3      5-4      7-6      9-5      11-3      13-2      15-3      17-3      19-3  
 2-2      4-5      6-4      8-3      10-1      12-3      14-5      16-3      18-5

**Рекомендуемая литература:**

**Основная:**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматовенерология: нац. руководство с компакт-диском	под ред. Ю.К. Скрипкина и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014	2	ЭБ «Консультант врача»
2	Дерматовенерология: руководство для врачей	Ю. С. Бутов [и др.].	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2017	2	
3	Кожные и венерические болезни: учеб. руководство для врачей	В.П. Адашкевич, В.М. Козин.	М.: Медицинская литература, 2013	1	
4	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБ «Консультант врача»

**Дополнительная:**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6

1	Дерматология (атлас – справочник).	Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд.	М.: Практика, 1998	2	-
2	Атлас грибковых заболеваний: атлас	К. А. Кауфман	М: "ГЭОТАР-Медиа", 2010	1	-
3	Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для врачей	С. В. Кошкин, Т. В. Чермных	Кировская ГМА. Киров. 2009	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Атлас возбудителей грибковых инфекций [Электронный ресурс]	Е. Н. Москвитина, Л. В. Федорова, Т. А. Мукомолова, В. В. Ширяев	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 208 с.	-	ЭБС «Консультант врача»
	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с.	-	ЭБС «Консультант студента»

## Раздел 6: Наследственные дерматологические заболевания.

### Тема 6.1: Современные представления о генодерматозах. Ихтиоз и ихтиозиформные дерматозы.

**Цель:** формирование знаний, умений и навыков в области диагностики и лечения ихтиоза, ихтиозиформных дерматозов, врожденного буллезного эпидермолиза.

#### Задачи:

- Изучить классификацию ихтиоза, ихтиозиформных дерматозов, врожденного буллезного эпидермолиза.
- Сформировать навыки диагностики ихтиоза, ихтиозиформных дерматозов, врожденного буллезного эпидермолиза.
- Рассмотреть методики терапии ихтиоза, ихтиозиформных дерматозов, врожденного буллезного эпидермолиза.

**Обучающийся должен знать:** современные представления об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, особенности клинических проявлений их, принципы их лечения.

**Обучающийся должен уметь:** использовать полученные знания для проведения клинического обследования больных; провести дифференциальный диагноз на основании критериев диагностики различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП, составить план обследования с учётом патологии используя наиболее информативные методы исследования; с учётом имеющихся классификаций сформулировать полный клинический диагноз, составить план ведения конкретного пациента, подобрать адекватную терапию

**Обучающийся должен владеть:** Навыками дифференциального диагноза и интерпретации результатов обследований; методиками разработки индивидуального плана ведения пациента навыками научно-исследовательской работы.

#### Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

##### 1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Патогенез наследственных заболеваний кожи (врождённого буллёзного эпидермолиза, ихтиоза).
- Клинические проявления наследственных заболеваний кожи.
- Дифференциальная диагностика различных видов наследственных заболеваний кожи с другими дерматозами.
- Принципы общего и местного лечения наследственных заболеваний кожи (врождённого буллёзного эпидермолиза, ихтиоза).

##### 2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение

*ситуационных задач, отработка практических навыков (сбор жалоб и анамнеза у больного с ихтиозом, осмотр и описание кожных покровов и придатков, дифференциальный диагноз ихтиоза, интерпретация основных методов обследования, назначение местной и общей терапии, оформление рецептов) по алгоритму под контролем преподавателя.*

### **3. Решить ситуационные задачи**

Задания выполняются аспирантами самостоятельно под руководством преподавателя. Решение ситуационных задач не заменяет работу с больными, но дополняет ее путем моделирования различных клинических ситуаций. Под задачей в учебном процессе понимается ситуация, предъявленная и принятая аспирантом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. Под успешностью решения задачи понимается правильность решения, затраченное время, количество и характер допущенных ошибок. Так как решение ситуационных задач включает обоснование диагноза, план лечения, решение деонтологических вопросов, построение плана профилактики заболевания и является единоличным решением аспиранта, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности аспирантов.

#### *1) Алгоритм разбора задач*

- описать локальный статус;
- выделить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи;
- по возможности установить предполагаемый диагноз.

#### *2) Пример задачи с разбором по алгоритму*

При профосмотре при приеме на работу у женщины 42 лет обнаружены 12 пятен цвета кофе с молоком, 8 из них – более 1,5 см в диаметре, субъективных ощущений, шелушения не наблюдается. Проба Бальцера – отрицательна. На коже туловища также выявлены мягкие безболезненные узелки до 6 мм в диаметре, цвета кожи. Из анамнеза известно, что пятна наблюдались с детства. Соматически без особенностей. Серологические реакции отрицательны. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

Ответ: Нейрофиброматоз 1 типа (болезнь Реклингхаузена). Дифференцировать необходимо с посттравматической гиперпигментацией, дерматофибромами, врожденными невусами. Тактика ведения: наблюдение, периодический осмотр офтальмолога, невролога.

#### *3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

1. В стационар кожно-венерологического диспансера поступил мальчик 7 лет с универсальным поражением кожного покрова. Болеет с раннего детства. Заболевание характеризуется сухостью, обильным шелушением кожи, наиболее выраженным на разгибательной поверхности конечностей. Отмечается поражение ладоней и подошв, кожа которых грубая, имеет повышенную складчатость и трещины. В области складок кожи, наружных половых органов кожа нормальной консистенции, мягкая, эластичная. У отца отмечается повышенная сухость кожи.

2. К Вам обратился больной 42 лет с жалобами на повышенную ранимость кожи. По словам больного, каждый раз на местах механических травм, ушибов, трения возникают пузыри. Особенно часто пузыри появляются в летнее время на коже подошв. Аналогичное заболевание отмечалось у матери больного. При осмотре: на коже обеих подошв определяются пузыри размером от горошины до грецкого ореха, заполненные серозным и серозно-геморрагическим содержимым. В некоторых местах пузыри вскрылись с образованием эрозий. На обеих ягодицах на фоне неизменной кожи также отмечаются небольшие пузыри, размером с горошину, заполненные серозной жидкостью. Других изменений со стороны кожи и придатков не выявлено.

3. На консультацию к профессору в сопровождении матери доставлен ребёнок 4 лет, у которого отмечается генерализованное поражение кожного покрова. По словам матери признаки заболевания проявились в первые дни после рождения ребёнка. Заболевание характеризуется образованием пузырей различных размеров на обширных участках кожи. После вскрытия пузырей заживление эрозий идёт медленно, частично присоединяется гнойничковая инфекция. *Объективно:* ребёнок гипотрофичен. Кожный покров покрыт большим количеством деформирующих рубцов. Во многих местах, преимущественно на конечностях, имеются пузыри с серозным и геморрагическим содержимым, изъязвившиеся поверхности, заполненные грануляциями. При потягивании за обрывок пузыря наблюдается перифокальная отслойка эпидермиса на несколько сантиметров. У ребёнка с двух сторон наблюдается энтропион век, контрактуры кистей и стоп, деформация рта. Практически все ногтевые пластинки на руках и ногах отсутствуют. Волосы на волосистой части головы редкие, во многих местах отсутствуют из-за рубцово-измененной кожи. По словам матери, ни у кого из родственников подобного заболевания не отмечалось.

4. Больной С., 25 лет обратился с жалобами на сухость и шелушение кожи, которые беспокоят его с рождения. Из анамнеза: первые признаки появились в возрасте около года (со слов матери). Изменения кожи характеризовались сухостью и шероховатостью кожи, преимущественно на разгибательной поверхности конечностей, на ягодицах, внизу живота и на боковых поверхностях туловища. Далее появилось пластинчатое

шелушение. Кожа на ладонях и подошвах сухая, с подчеркнутым рисунком и углубленными складками, что придает им старческий вид. С недавнего времени на коже появились бородавчатые роговые наслоения в виде заостренных шипов и игл.

#### 4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается разбор ситуационных задач.

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы аспирантов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

- Концепция этиологии и патогенеза рассматриваемых дерматозов.
- Клинические формы ихтиоза, кератодермий, врождённого буллёзного эпидермолиза.
- Вопросы дифференциальной диагностики изучаемых дерматозов.
- Методы лечения, используемые при изучаемых заболеваниях.
- Основные принципы профилактики рассматриваемых дерматозов.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. Тип наследования вульгарного ихтиоза:<br/>         А) аутосомно-доминантный<br/>         Б) аутосомно-рецессивный<br/>         В) X – сцепленный с полом</p> <p>2. Какие изменения наблюдаются при гистологическом исследовании вульгарного ихтиоза:<br/>         А) паракератоз<br/>         Б) утолщение блестящего слоя и истончение зернистого слоя<br/>         В) истощение базального слоя и утолщение блестящего слоя</p> <p>3. Синонимы X – сцепленного рецессивно наследуемого ихтиоза:<br/>         А) черный или чернеющий ихтиоз<br/>         Б) врожденный ихтиоз<br/>         В) ксеродерма</p> <p>4. На каком месяце эмбрионального периода развивается ихтиоз плода:<br/>         А) III – IV<br/>         Б) IV – V<br/>         В) VI – VII</p> <p>5. Тип наследования врожденной ихтиозиформной</p> | <p>эритродермии Брока:<br/>         А) аутосомно-доминантный<br/>         Б) аутосомно-рецессивный<br/>         В) X – сцепленный с полом</p> <p>6. Как называется клиническая картина ламеллярного ихтиоза при рождении ребенка:<br/>         А) «коллоидальный плод»<br/>         Б) «пластинчатый плод»<br/>         В) плод арлекина</p> <p>7. Гистологические признаки буллезной ихтиозиформной эритродермии Брока:<br/>         А) эпидермолитический пролиферативный гиперкератоз, гранулез, акантоз<br/>         Б) утолщение блестящего слоя и истончение зернистого слоя<br/>         В) истощение базального слоя и утолщение блестящего слоя</p> <p>8. Ихтиоз плода по-другому называется:<br/>         А) «коллоидальный плод»<br/>         Б) «пластинчатый плод»<br/>         В) плод арлекина</p> |
|---|---|

Правильные ответы:

1-а                      2-б                      3-а                      4-б                      5-б                      6-а                      7-а                      8-в

#### Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматовенерология: нац. руководство с компакт-диском	под ред. Ю.К. Скрипкина и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014	2	ЭБ «Консультант врача»
2	Дерматовенерология: руководство для врачей	Ю. С. Бутов [и др.].	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2017	2	
3	Кожные и венерические болезни: учеб. руководство для	В.П. Адашкевич, В.М. Козин.	М.: Медицинская литература, 2013	1	



	врачей				
4	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБ «Консультант врача»

Дополнительная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматология (атлас – справочник).	Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд.	М.: Практика, 1998	2	-
2	Атлас грибковых заболеваний: атлас	К. А. Кауфман	М: "ГЭОТАР-Медиа", 2010	1	-
3	Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для врачей	С. В. Кошкин, Т. В. Чермных	Кировская ГМА. Киров. 2009	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Атлас возбудителей грибковых инфекций [Электронный ресурс]	Е. Н. Москвитина, Л. В. Федорова, Т. А. Мукомолова, В. В. Ширяев	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 208 с.	-	ЭБС «Консультант врача»
	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с.	-	ЭБС «Консультант студента»

## Тема 6.2: Нейрофиброматоз. Синдром недержания пигмента.

**Цель:** формирование знаний, умений и навыков в области диагностики и лечения нейрофиброматоза, синдрома недержания пигмента

**Задачи:**

- Изучить классификацию нейрофиброматоза, синдрома недержания пигмента.
- Сформировать навыки диагностики нейрофиброматоза, синдрома недержания пигмента.
- Рассмотреть методики терапии нейрофиброматоза, синдрома недержания пигмента.

**Обучающийся должен знать:** современные представления об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, особенности клинических проявлений их, принципы их лечения.

**Обучающийся должен уметь:** использовать полученные знания для проведения клинического обследования больных; провести дифференциальный диагноз на основании критериев диагностики различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП, составить план обследования с учётом патологии используя наиболее информативные методы исследования; с учётом имеющихся классификаций сформулировать полный клинический диагноз, составить план ведения конкретного пациента, подобрать адекватную терапию

**Обучающийся должен владеть:** Навыками дифференциального диагноза и интерпретации результатов обследований; методиками разработки индивидуального плана ведения пациента навыками научно-исследовательской работы.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

### 1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Этиопатогенез, современная классификация и варианты течения нейрофиброматозов;
- особенности клинических проявлений нейрофиброматозов;
- принципы диагностики и протокол ведения больных.
- Клиническая картина синдрома недержания пигмента.
- Дифференциальная диагностика.

**2. Практическая работа.** Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков (сбор жалоб и анамнеза у больного с

нейрофиброматозом, осмотр и описание кожных покровов и придатков, дифференциальный диагноз нейрофиброматоза, интерпретация основных методов обследования, назначение местной и общей терапии, оформление рецептов), освоение манипуляций (осмотр новообразования с использованием дерматоскопа) по алгоритму под контролем преподавателя.

### 3. Решить ситуационные задачи

Задания выполняются аспирантами самостоятельно под руководством преподавателя. Решение ситуационных задач не заменяет работу с больными, но дополняет ее путем моделирования различных клинических ситуаций. Под задачей в учебном процессе понимается ситуация, предъявленная и принятая аспирантом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. Под успешностью решения задачи понимается правильность решения, затраченное время, количество и характер допущенных ошибок. Так как решение ситуационных задач включает обоснование диагноза, план лечения, решение деонтологических вопросов, построение плана профилактики заболевания и является единоличным решением аспиранта, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности аспирантов.

#### 1) Алгоритм разбора задач

- описать локальный статус;
- выделить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи;
- по возможности установить предполагаемый диагноз.

#### 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

При профосмотре при приеме на работу у женщины 42 лет обнаружены 12 пятен цвета кофе с молоком, 8 из них – более 1,5 см в диаметре, субъективных ощущений, шелушения не наблюдается. Проба Бальцера – отрицательна. На коже туловища также выявлены мягкие безболезненные узелки до 6 мм в диаметре, цвета кожи. Из анамнеза известно, что пятна наблюдались с детства. Соматически без особенностей. Серологические реакции отрицательны. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

Ответ: Нейрофиброматоз 1 типа (болезнь Реклингхаузена). Дифференцировать необходимо с посттравматической гиперпигментацией, дерматофибромами, врожденными невусами. Тактика ведения: наблюдение, периодический осмотр офтальмолога, невролога.

#### 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1. Больной Н., 26 лет направлен на консультацию на кафедру кожных болезней КГМУ 27.01.2013. Из анамнеза: второй ребенок в семье. Рос и развивался соответственно возрасту. Аллергологический анамнез неотягощен. В семье наследственных заболеваний не наблюдалось. Со слов больного, в возрасте двух лет впервые без видимых причин на коже верхней трети правой половины туловища появилось небольшое, беловатое, ничем не беспокоящее пятно диаметром 10—30 см. Постепенно, в течение нескольких лет, высыпания увеличивались. Неоднократно родители обращались к врачам, при этом был выставлен диагноз «витилиго». В 14—15 лет в области пятна стали появляться темно-коричневые пятна размером 0,5 см в поперечнике, постепенно увеличивающиеся в размерах. В связи с этим диагноз «витилиго» был снят и пациент был направлен на консультацию для уточнения диагноза. При осмотре на коже спины в области правой лопатки боковой и передней поверхности туловища выше 9 ребра справа, правой половины шеи и проекции нижней челюсти справа имеется очаг с нечеткими границами, окраска кожи в котором несколько бледнее. На этом фоне имеются множественные высыпания пятен цвета «кофе с молоком» округлой формы, размером 0,5—1 см в поперечнике. Кроме того, имеются несколько аналогичных пятен диаметром 2—3 см. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

2. Пациент Т. обратился к хирургу по поводу болей в области правой голени. Направлен на консультацию к дерматовенерологу по поводу высыпаний. Объективно: астенического телосложения, на коже туловища и конечностей более 20 пятен цвета кофе с молоком, различного диаметра, 8 из них — более 1,5 см, также множество мелких родимых пятен, особенно большое скопление которых отмечалось в подмышечных областях. В области правой подколенной ямки определялась нейрофиброма, болезненная при пальпации, диаметром около 3 см; на верхних конечностях, на животе пальпировались множественные безболезненные нейрофибромы диаметром 0,3–0,5 см. Со стороны внутренних органов при физикальном обследовании патологических изменений выявлено не было. Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

3. Пациент М., 29 лет, поступил с жалобами на наличие большого объемного мягкотканного образования в лобной области справа, ежегодно увеличивающееся в объеме, и нависающее над правым глазным яблоком, а также наличием множества узелков на коже рук, туловища. Анамнез заболевания: со слов пациента, больным считает себя с рождения. Родословная отягощена по отцовской линии – у отца нейрофиброматоз I типа (болезнь Реклингхаузена). С детства отмечает большое количество безболезненных образований узловой формы на коже рук, туловища. В возрасте 3 лет был оперирован по поводу новообразования в лобной

области справа, проведено удаление опухоли (гистологическое заключение не предоставил). В 2015 г. стала беспокоить боль в шейном отделе позвоночника и в левой руке, после проведенного обследования МРТ шейного отдела позвоночника было выявлено объемное образование на уровне С6-С7 позвонков слева. В период с 21.01.16 г. по 05.02.16 г. проходил лечение в больнице по месту жительства, где было выполнено оперативное лечение: удаление гистологически подтвержденной нейрофибромы на уровне С6-С7 слева. Через полгода был выполнен послеоперационный контроль МРТ шейного отдела позвоночника и диагностирован продолженный рост новообразования. В неврологическом статусе со стороны черепно-мозговых нервов нарушений не выявлено. Субъективно нарушений чувствительности выявлено не было. Локальный статус: по задней поверхности шеи в проекции остистых отростков С3-Th1 позвонков визуализирован послеоперационный кожный рубец бледно-розового цвета без признаков воспаления. На теле при пальпаторном обследовании подкожно определяются множественные округлые образования различного размера и плотности. В лобной области справа имеется образование мягко-эластической консистенции, безболезненное при пальпации, напоминающая «гроздь винограда». Предположительный диагноз, дифференциальный диагноз, план лечения.

#### 4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается разбор ситуационных задач.

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы аспирантов по указанной теме:*

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля*

- Этиология и патогенез нейрофиброматоза.
- Клиническая картина 1 и 2 типа
- Недержание пигмента: этиология, клиника по стадиям, сочетанные заболевания.
- Дифференциальная диагностика
- Лечение и консультирование.

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. Нейрофиброматоз 1 типа по-другому называется:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. болезнь Боуэна</li> <li>2. пигментная ксеродерма</li> <li>3. болезнь Реклингхаузена</li> <li>4. эритроплазия Кейра</li> </ol> <p>2. Укажите признаки, характерные для нейрофиброматоза 1 типа:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. пятна цвета «кофе с молоком»</li> <li>2. пятна типа веснушек в паховой и аксиллярной областях</li> <li>3. нейрофибромы в подростковом возрасте</li> <li>4. все перечисленное верно</li> </ol> <p>3. Какие проявления нейрофиброматоза особенно опасны в плане малигнизации:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. пятна цвета «кофе с молоком»</li> <li>2. пятна типа веснушек в паховой и аксиллярной областях</li> <li>3. нейрофибромы в подростковом возрасте</li> <li>4. плексиформные нейрофибромы</li> </ol> <p>4. Патогномоничный признак нейрофиброматоза это:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. симптом «яблочного желе»</li> <li>2. симптом «кнопки звонка»</li> <li>3. симптом Пospelова</li> <li>4. Симптом Ядассона</li> </ol> | <p>5. Нейрофиброматоз нецелесообразно дифференцировать с:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. пигментными врожденными невусами</li> <li>2. поствоспалительной гиперпигментацией</li> <li>3. твердым шанкром</li> <li>4. дерматофибромой</li> </ol> <p>6. Нейрофиброматоз лечится следующими методиками:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ПУВА-терапия</li> <li>2. применение ГКС</li> <li>3. применение мембраностабилизаторов</li> <li>4. специфической терапии нет, применяется лечение осложнений.</li> </ol> <p>7. Синдром Блоха-Сульцберкера это:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. факоматоз</li> <li>2. нейрофиброматоз 2 типа</li> <li>3. энтеропатический акродерматит</li> <li>4. синдром недержания пигмента</li> <li>5. форма изтиоза.</li> </ol> <p>8. Наследование при синдроме недержания пигмента</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. доминантное Х-сцепленное</li> <li>2. рецессивное Х-сцепленное</li> <li>3. не сцепленное с половыми хромосомами</li> </ol> |
|--|--|

9. Синдромом Блоха-Сульцбергера болеют

1. преимущественно женщины
2. преимущественно мужчины
3. мужчины с синдромом Кляйнфельтера
4. дети до 15 лет

10. Синдром Блоха-Сульцбергера протекает

1. в 3 стадии
2. в 4 стадии
3. не имеет стадийного течения
4. в 2 стадии.

Правильные ответы:

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

**Рекомендуемая литература:**

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматовенерология: нац. руководство с компакт-диском	под ред. Ю.К. Скрипкина и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014	2	ЭБ «Консультант врача»
2	Дерматовенерология: руководство для врачей	Ю. С. Бутов [и др.].	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2017	2	
3	Кожные и венерические болезни: учеб. руководство для врачей	В.П. Адаскевич, В.М. Козин.	М.: Медицинская литература, 2013	1	
4	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБ «Консультант врача»

Дополнительная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматология (атлас – справочник).	Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд.	М.: Практика, 1998	2	-
2	Атлас грибковых заболеваний: атлас	К. А. Кауфман	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010	1	-
3	Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для врачей	С. В. Кошкин, Т. В. Чермных	Кировская ГМА. Киров. 2009	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Атлас возбудителей грибковых инфекций [Электронный ресурс]	Е. Н. Москвитина, Л. В. Федорова, Т. А. Мухомолова, В. В. Ширяев	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 208 с.	-	ЭБС «Консультант врача»
	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с.	-	ЭБС «Консультант студента»

## Раздел 7: Методы лечения пациентов с венерическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией и ИППП.

### Тема 7.1: Современные стандарты диагностики ВИЧ и ИППП.

**Цель:** формирование знаний, умений и навыков в области диагностики ИППП и ВИЧ, выявления факторов риска инфицирования.

**Задачи:**

- Рассмотреть классификацию ИППП, клиническое течение ВИЧ по стадиям.
- Сформировать навыки дифференциальной диагностики ИППП.

**Обучающийся должен знать:** современные представления об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, особенности клинических проявлений их, принципы их лечения.

**Обучающийся должен уметь:** использовать полученные знания для проведения клинического обследования больных; провести дифференциальный диагноз на основании критериев диагностики различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП, составить план обследования с учётом патологии используя наиболее информативные методы исследования; с учётом имеющихся классификаций сформулировать полный клинический диагноз, составить план ведения конкретного пациента, подобрать адекватную терапию

**Обучающийся должен владеть:** Навыками дифференциального диагноза и интерпретации результатов обследований; методиками разработки индивидуального плана ведения пациента навыками научно-исследовательской работы.

### **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

#### **1. Ответить на вопросы по теме занятия**

- Гонорея
- Мягкий шанкр
- Хламидиоз
- Уреаплазмоз
- Микоплазмоз
- Трихомониаз
- Баквагиноз.
- Клиника, диагностика.
- «Группы риска» ВИЧ.
- Методики диагностики ВИЧ

**2. Практическая работа.** *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков (сбор жалоб и анамнеза у больного с ИППП, осмотр и описание кожных покровов и придатков, дифференциальный диагноз ИППП, интерпретация основных методов обследования, назначение местной и общей терапии, оформление рецептов), освоение манипуляций (взятие патологического материала для исследования, забор мазков, микроскопия в темном поле) по алгоритму под контролем преподавателя.*

#### **3. Решить ситуационные задачи**

Задания выполняются аспирантами самостоятельно под руководством преподавателя. Решение ситуационных задач не заменяет работу с больными, но дополняет ее путем моделирования различных клинических ситуаций. Под задачей в учебном процессе понимается ситуация, предъявленная и принятая аспирантом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. Под успешностью решения задачи понимается правильность решения, затраченное время, количество и характер допущенных ошибок. Так как решение ситуационных задач включает обоснование диагноза, план лечения, решение деонтологических вопросов, построение плана профилактики заболевания и является единоличным решением аспиранта, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности аспирантов.

##### *1) Алгоритм разбора задач*

- описать локальный статус;
- выделить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи;
- по возможности установить предполагаемый диагноз.

##### *2) Пример задачи с разбором по алгоритму*

Пациент имел однократную половую связь с больной вторичным рецидивным сифилисом. Через 4 недели на головке полового члена появилась безболезненная эрозия округлой формы, с плотным инфильтратом в основании, без островоспалительных явлений вокруг. Спустя 3 дня после этого вновь имел половые связи в течение четырех дней с больной вторичным рецидивным сифилисом. Возможно ли появление новых шанкров? Если да, как называется это явление? Какие особенности новых твердых шанкров?

Ответ: Локальный статус описан в условии задачи. Диагноз (предположительный): первичный сифилис с локализацией на половых органах. Данный диагноз установлен на основании соответствующих жалоб, анамнеза, клинической картины. Для подтверждения диагноза необходимо дообследование: взятие мазков с эрозии на половом члене (обнаружение спирохеты). Лечение пенициллином по схеме первичного сифилиса.

Появление новых шанкров возможно. Суперинфекция в первичном периоде сифилиса проявляется появлением новых шанкров, более мелких по размеру, возможно, в виде эрозированных папул.

### 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1. У мужчины через 8 дней после случайной половой связи появились слизисто-гнойные выделения из уретры, чувство зуда в мочеиспускательном канале. При бактериоскопическом исследовании выделений обнаружены урогенитальные трихомонады. Диагноз, дифференциальная диагностика, тактика ведения.

2. Проведите дополнительные исследования, поставьте диагноз и наметьте план лечения. К вам явился мужчина для обследования как половой контакт женщины, больной трихомониазом; в его нативном препарате трихомонада не найдена, обнаружена только при посеве. Клинических проявлений уретрита нет. Диагноз, дифференциальная диагностика, тактика ведения.

3. Больной П., 36 лет, обратился к дерматовенерологу с жалобами на появление болезненной язвы на коже полового члена. Болен 2 дня, лечился сам бальзамом «Спасатель» – без эффекта. Эпидемиологический анамнез: Женат, последняя половая связь с женой 3 дня назад. Жена обследована в КВД: данных за ИППП нет. 3 дня назад возвратился из туристической поездки в Таиланд, где имел несколько незащищенных половых связей, последняя – 5 дней назад. Объективно: На коже головы, туловища, конечностей, слизистой рта высыпаний нет. Наружные половые органы развиты правильно. На коже ствола полового члена, справа от средней линии отмечается язва неправильно овальной формы диаметром 8-10 мм. Края язвы подрытые, дно воспаленное, покрытое обильным серозно-гнойным отделяемым. По периферии элемента – яркий воспалительный ободок. При пальпации язва болезненная, без уплотнения в основании. Органы мошонки без патологии. Губки уретры не воспалены, свободных выделений нет. В перианальной области без высыпаний. Паховые лимфатические узлы справа до крупной горошины, плотноватые, слегка болезненные. Данные дополнительных методов исследования: Бледная трепонема с язвы полового члена (–) не найдена. Серологические реакции крови на сифилис: РМП, RW, ИФА, РПГА (–) отрицательные. В мазке гноя с язвы обнаружены грам-отрицательные палочки, расположенные в виде «стайки рыбок». ИФА на ВИЧ (–) отрицательный. В мазке из уретры гонококк и влагалищная трихомонада (–) не обнаружены, лейкоциты – единичные в поле зрения. Диагноз, дифференциальная диагностика, тактика ведения.

4. Больной К., 20 лет, обратился к дерматовенерологу с жалобами на обильные гнойные выделения из уретры, сильный зуд и жжение при мочеиспускании. Болен в течение 3 дней. Самолечение отрицает. Эпидемиологический анамнез: Не женат, постоянной половой партнерши нет. Периодически имеет случайные половые связи. 7 дней назад имел незащищенный половой контакт с незнакомой девушкой. Объективно: На коже головы, туловища, конечностей, слизистой рта высыпаний нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Наружные половые органы развиты правильно. Органы мошонки без патологии. Губки уретры отечны, воспалены. Из уретры свободно стекают выделения желто-зеленого цвета. Пальпация уретры болезненна. При двухстаканной пробе Томпсона первая порция мочи мутная, содержит большое количество включений светло-желтого цвета в виде ниточек и «запятых», вторая порция мочи – прозрачная, без включений. В перианальной области без высыпаний. Данные дополнительных методов исследования: Серологические реакции крови на сифилис: РМП, RW, ИФА, РПГА (–) отрицательные. ИФА на ВИЧ (–) отрицательный. В мазке из уретры гонококк (+) найден, влагалищная трихомонада (–) не обнаружена, лейкоциты – густо в поле зрения. С перианальной области гонококк (–) не обнаружен. В посеве из уретры на среду с полимиксином получена культура *Neisseria gonorrhoeae*. При прямой иммунофлюоресценции и ПЦР *Chlamydia trachomatis* (–) не обнаружена. Культуральное исследование и ПЦР на уреаплазмоз и микоплазмоз дали отрицательные результаты. Диагноз, дифференциальная диагностика, тактика ведения.

5. Больная И., 29 лет, направлена в КВД гинекологом в связи с обнаружением гонококков в мазках из половых путей. Проходила профилактический осмотр гинеколога, так как относится к декретированной группе населения (воспитатель детского сада). Жалоб нет. Эпидемиологический анамнез: Замужем, последняя связь с мужем 5 дней назад. Отмечает внебрачную связь около полугода назад. Партнера назвать категорически отказалась. Муж вызван в КВД, обследован: диагноз «хроническая гонорея». Бытовой контакт – дочь 5 лет. Объективно: На коже туловища, конечностей, слизистой рта высыпаний нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Наружные половые органы развиты правильно. Устье уретры слегка гиперемировано, свободных выделений нет. При массаже через переднюю стенку влагалища из уретры выделилась капля серозно-гнойного экссудата. При осмотре с помощью зеркала Куско отмечается отечность шейки матки, умеренные слизисто-гнойные выделения в виде ленты из внутреннего зева. При бимануальном исследовании матка и придатки не увеличены, безболезненны. В перианальной области без высыпаний. Данные дополнительных методов исследования: Серологические реакции крови на сифилис: РМП, RW, ИФА, РПГА (–) отрицательные. ИФА на ВИЧ (–) отрицательный. В мазках из уретры и цервикального канала гонококк (+) найден, влагалищная трихомонада (–) не обнаружена, лейкоциты – 30-40 в поле зрения. С перианальной области гонококк (–) не обнаружен. В посеве из очагов на среду с полимиксином получена культура *Neisseria*

gonorrhoeae. При прямой иммунофлюоресценции и ПЦР Chlamydia trachomatis (-) не обнаружена. Культуральное исследование и ПЦР на уреоплазмоз и микоплазмоз дали отрицательные результаты. Диагноз, дифференциальная диагностика, тактика ведения.

б. Больной 22 лет, коммерсант, обратился в поликлинику с жалобами на похудание (за последний год потерял около 10% массы тела), умеренную слабость, кашель, повышение температуры тела до 37–38°C. Объективно: кожа сухая, на слизистой оболочке ротоглотки признаки кандидозного стоматита. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких рассеянные сухие хрипы, ЧД 19 в мин. На рентгенограмме органов грудной клетки - признаки диссеминации (множественные мелкие тени по всей поверхности легких). При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости – множественные увеличенные лимфатические узлы в области ворот печени, по ходу брыжейки, в воротах селезенки. Селезенка умеренно увеличена, имеются 2 очаговых образования с умеренно сниженной эхогенностью. В общем анализе крови: лейкоциты 9,4x10<sup>9</sup>/л, п/я 15%, с/я 68%, лимф. 7%, мон. 10%, эоз. 0%. В биохимическом анализе крови и общем анализе мочи существенных изменений не выявлено. Консультирован фтизиатром. Диагноз: генерализованный туберкулез с поражением легких (диссеминированный) и органов брюшной полости. При исследовании иммунного статуса выявлен низкий уровень CD4+ лимфоцитов – абсолютное число клеток 26 в мл (норма >600 кл.). Диагноз, план обследования.

#### 4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается разбор ситуационных задач.

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы аспирантов по указанной теме:*

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля*

- Мягкий шанкр. Дифференциальная диагностика мягкого и твердого шанкров.
- Гонорея: этиология, эпидемиология, патогенез, классификация.
- Клиника генитальной гонореи у мужчин, женщин и детей.
- Экстрагенитальная гонорея. Диссеминированная гонорея.
- Лабораторная диагностика гонореи. Понятие о провокациях в венерологии.
- Понятие о негонококковых уретритах.
- Трихомоноз. Отличия трихомонадной и гонорейной инфекции.
- Урогенитальный хламидиоз и болезнь Рейтера.
- Стадии течения ВИЧ-инфекции.
- Особенности иммунных реакций при ВИЧ.
- Особенности диагностики ИППП на фоне сопутствующей ВИЧ-инфекции.

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

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:
  1. парность кокков
  2. грам-отрицательность
  3. грам-положительность
  4. внутриклеточное расположение
  5. бобовидная форма
3. Наиболее частой причиной рецидивов гонореи является ассоциация гонококков
  1. с хламидиями
  2. с дрожжевым мицелием
  3. с трихомонадами
  4. с уреоплазмой
  5. с гарднереллами
7. 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
8. У женщин, больных гонореей, наиболее часто наблюдается следующая клиническая форма
  1. свежая острая
  2. свежая подострая
  3. свежая торпидная
  4. латентная
  5. хроническая
9. Хронический тотальный уретрит гонорейной этиологии у мужчин характеризуется следующими

признаками:

1. застойно-гиперемированный цвет слизистой губок наружного отверстия уретры
2. скудными гнойными выделениями
3. болезненность в конце акта мочеиспускания
4. наличие незначительного количества гнойных нитей в 1-й и 2-й порциях мочи
5. наличие гнойных нитей в 1-й порции мочи

10. Больному острым гонорейным орхоэпидидимитом проводятся все перечисленные исследования, кроме

1. секрета простаты
2. отделяемого уретры на наличие других патогенных возбудителей
3. клинического анализа мочи
4. клинического анализа крови
5. двухстаканной пробы мочи

11. Диагностика острого простатита основана на результатах перечисленных исследований:

1. мазков
2. уретроскопии
3. анализа 3 порций мочи
4. пальпации предстательной железы
5. УЗИ предстательной железы

12. Признаками стриктуры уретры являются следующие проявления, кроме

1. выделений из уретры
2. затрудненного и длительного мочеиспускания
3. препятствия при введении в уретру бужа или тубуса уретроскопа
4. рубцового сужения уретры по данным уретроскопии
5. отсутствия нарушений мочеиспускания

21. У девочек вульвовагиниты трихомонадной этиологии характеризуются всеми перечисленными симптомами, кроме

1. учащенного и болезненного мочеиспускания
2. зуда в области наружных половых органов
3. пенистых выделений из половой щели
4. гиперемии наружных половых органов
5. творожистого отделяемого из половой щели, пленок белого цвета в области наружных половых органов

25. При обследовании на гонорею женщин забор отделяемого для бактериологического исследования производится из

1. уретры
2. парауретральных и бартолиновых желез
3. прямой кишки
4. заднего свода влагалища
5. цервикального канала

27. Показаниями для обследования на гонорейно-хламидийно-уреаплазменную инфекцию является

1. бесплодный брак
2. нарушение функций щитовидной железы
3. патология беременности
4. хронические воспалительные заболевания органов малого таза
5. нарушения менструального цикла

28. Клиническими симптомами гонореи глаз является

1. отек век
2. экзофтальм
3. светобоязнь, гноетечение
4. гиперемия конъюнктивы
5. распадающаяся язва роговицы

36. Основными клиническими симптомами орофарингеальной гонореи являются

1. язвенные поражения слизистой оболочки миндалин глотки
2. гиперемия слизистой оболочки
3. отек слизистой оболочки
4. гнойный налет на миндалинах
5. регионарный аденит

37. Девочке 3 лет на основании клинического осмотра и микроскопии мазков, окрашенных метиленовым синим, поставлен предварительный диагноз: острый вульвовагинит гонорейной этиологии. Для уточнения диагноза необходимо выполнить

1. бактериологическое исследование и микроскопия мазков, окрашенных по Граму
2. бактериоскопическое исследование мазков, окрашенных по Граму
3. вагиноскопия
4. определение сахаролитических свойств культуры, полученной при бактериологическом посеве
5. обследование родителей на гонорею

40. Характерными жалобами и симптомами острой гонореи у девочки является

1. учащенное болезненное мочеиспускание
2. зуд в области половых органов
3. гнойные выделения из половой щели
4. гиперемия наружных половых органов
5. все перечисленное

45. С целью диагностики трихомониаза мужчин исследуют все перечисленное, кроме

1. отделяемого уретры
2. секрета простаты
3. нитей в моче
4. нитей в промывных водах прямой кишки
5. секрета семенных пузырьков

46. Поражения суставов наблюдаются при



1. гонорее
  2. трихомониазе
  3. хламидиозе
  4. уреаплазмозе
47. С целью диагностики урогенитального хламидиоза у женщин исследуется соскоб со слизистой оболочки
1. уретры и заднего свода влагалища
  2. уретры и цервикального канала
  3. цервикального канала и прямой кишки
  4. уретры, цервикального канала и прямой кишки
  5. уретры
48. С целью диагностики урогенитального хламидиоза у мужчин исследуется
1. соскоб слизистой оболочки прямой кишки
  2. соскоб слизистой оболочки уретры
  3. соскоб слизистой оболочки уретры и прямой кишки
  4. секреты простаты
  5. нитей в моче
49. У матери хроническая гонорея, эндоцервицит, проктит. В семье трое детей - девочка 3 лет и мальчики 4 и 9 лет. Подлежат обследованию на гонорею
1. все дети
  2. девочка
  3. мальчик 9 лет
  4. мальчик 4 лет, если он спал в постели родителей
  5. дети обследованию не подлежат
50. Признаками эндоцервицита являются
1. слизистая пробка в цервикальном канале
  2. слизисто-гнойные выделения из цервикального канала
  3. эрозия шейки матки
  4. ретенционные кисты шейки матки
  5. гипертрофия шейки матки
53. Классификация болезней, передающихся половым путем, включает все перечисленные нозологии, кроме
1. трихомоноза
  2. крауроза
  3. хламидиоза
  4. уреаплазмоза
  5. бактериального вагиноза
54. Диагноз мочевого трихомониоза должен быть подтвержден
1. окраской мазков по Романовскому – Гимзе
  2. окраской мазков по Граму
  3. окраской мазков метиленовым синим
  4. культуральным исследованием
  5. микроскопией нативного препарата
55. Критерием диагностики хронических негонорейных уретритов служат
1. данные уретроскопии
  2. данные бактериоскопического исследования мазков на гонорею
  3. характер выделений из уретры
  4. данные бактериологического исследования на гонорею
  5. данных обследования на другие возбудители, передающиеся половым путем
60. Бактериальный вагиноз характеризуется следующими признаками
1. обнаружение "ключевых клеток" >20%
  2. щелочная реакция выделений
  3. "аминный" запах при проведении пробы с 10% раствором КОН
  4. наличие "кремообразного" отделяемого в заднем своде влагалища
  5. все перечисленное
62. Методы диагностики урогенитального хламидиоза включают
1. цитологические
  2. серологические
  3. выделение возбудителя на клетках Мак-Коя
  4. полимеразная цепная реакция
  5. все перечисленное
63. Влагалищная гарднерелла представляет собой
1. грам-отрицательные коккобациллы
  2. грам-вариабельные коккобациллы
  3. грам-положительные кокковые формы микроорганизмов
  4. грам-положительные бациллярные формы микроорганизмов
  5. грам-вариабельные кокковые формы микроорганизмов
65. Урогенитальные инфекции, обусловленные анаэробными микроорганизмами, могут являться следствием всего перечисленного, кроме
1. полового контакта с инфицированным партнером
  2. гипоэстрогении
  3. инвазивных методов обследования внутренних половых органов
  4. применения внутриматочных и оральных контрацептивов
  5. посещения бань, саун и других мест общественного пользования
66. Лабораторные методы диагностики бактериального вагиноза включают
1. микроскопическое исследование мазков,

- окрашенных по Граму
2. микробиологическое исследование
  3. реакцию иммунофлюоресценции, газо-жидкостной хроматографии
  4. изоляцию возбудителя на клетках Мак-Коя
  5. ДНК-гибридизацию, полимеразную цепную реакцию
67. Термином "ключевая" клетка обозначается
1. клетка цилиндрического эпителия, имеющая внутрицитоплазматические включения
  2. клетка влагиалищного эпителия, покрытая грам-вариабельной мономорфной, упорядоченной палочковой флорой
  3. клетка влагиалищного эпителия, покрытая сплошь или частично грам-вариабельными коккобациллярными микроорганизмами
  4. клетка влагиалищного эпителия, покрытая сплошь или частично грам-положительной палочковой флорой
  5. споровая форма микроорганизма
68. У новорожденного, инфицированного хламидиями, наибольшая частота выявления возбудителя наблюдается при исследовании материала
1. со слизистой оболочки носа
  2. с конъюнктивы
  3. с наружного слухового прохода
  4. с паховой складки
  5. с пуповинного остатка
69. При разборе случая гонобленореи у новорожденного эпидемиолог и венеролог установили, что 30% раствор сульфацила натрия для закапывания на слизистую оболочку глаз был давностью трое суток. Срок хранения данного раствора должен составлять
1. 1 сутки
  2. 2 суток
  3. 3 суток
  4. 4 суток
  5. готовится перед употреблением
70. При проверке работы родильного дома с целью профилактики гонореи эпидемиолог выявил, что не у всех родильниц в обменной карте указана дата взятия мазка для исследования на гонококки. Мазки у беременных и родильниц рекомендуется брать в сроки
1. при взятии на учет по поводу беременности
  2. во второй половине беременности
  3. при поступлении в родильный дом
  4. на 3-4 день после родов
  5. правильно все перечисленное
73. При обнаружении трихомониаза у ребенка подлежат обследованию
1. мать и отец
  2. другие члены семьи, ухаживающие за ребенком (бабушка, сестра)
  3. персонал группы детского дошкольного учреждения (воспитательница, няня)
  4. дети, посещающие группу дошкольного детского учреждения
  5. все перечисленные
75. Назовите пути передачи гонококковой инфекции:
1. Половой
  2. Контактный
  3. Интранатальный
  4. Трансплацентарный
  5. Гемотрансфузионный
77. Больной жалуется на учащенное болезненное мочеиспускание, гнойные выделения из уретры. Какое из перечисленных мероприятий не относится к первоочередным в данном случае?
1. собрать анамнез, касающийся половой жизни больного
  2. произвести осмотр кожи, видимых слизистых, пальпацию лимфоузлов
  3. микроскопическое исследование отделяемого уретры
  4. микроскопическое исследование сока предстательной железы
  5. визуально оценить мочу в двухстаканной пробе
38. Вирус иммунодефицита человека относится к семейству:
- 1) пикорнавирусов
  - 2) реовирусов
  - 3) ретровирусов
  - 4) ортомиксовирусов
  - 5) гепаднавирусов
39. Особенностью вируса иммунодефицита человека является наличие фермента:
- 1) рибонуклеазы
  - 2) дезоксирибонуклеазы
  - 3) обратной транскриптазы (ревертазы)
  - 4) ДНК-полимеразы
  - 5) нейраминидазы
40. Передача вич осуществляется:
- 1) воздушно-капельным путем
  - 2) водным
  - 3) трансмиссивным
  - 4) парентеральным
  - 5) пищевым
41. Вич-инфицированный человек является источником возбудителя инфекции:
- 1) в инкубационном периоде
  - 2) в терминальной стадии

- 3) в стадии «острой» инфекции  
 4) в стадии вторичных заболеваний  
 5) в любой стадии болезни
42. Наибольшая концентрация ВИЧ имеется в:  
 1) спинномозговой жидкости  
 2) крови  
 3) слюне  
 4) поте  
 5) моче
43. В основе патогенеза вич-инфекции лежит:  
 1) поражение иммунокомпетентных клеток  
 2) развитие ДВС-синдрома  
 3) сенсibilизация антигенами вируса  
 4) эндотоксинемия  
 5) васкулит
44. К оппортунистическим заболеваниям при вич-инфекции относится:  
 1) сепсис  
 2) инфекционный мононуклеоз  
 3) церебральный токсоплазмоз  
 4) генерализованная форма сальмонеллеза  
 5) вирусный гепатит С
45. При исследовании сыворотки крови для диагностики ВИЧ-инфекции методом иммунного блоттинга результат считается положительным при:  
 1) выявлении антител к 2-3 гликопротеинам ВИЧ  
 2) выявлении антител к каким-либо протеинам ВИЧ  
 3) отсутствию антител к каким-либо протеинам ВИЧ  
 4) выявлении антител к 1 гликопротеину ВИЧ  
 5) выявлении антител к 1 гликопротеину и какому-либо протеину ВИЧ
46. Для окончательного лабораторного подтверждения ВИЧ-инфекции применяют:  
 1) определение количества и соотношения Т- и В-лимфоцитов  
 2) электронную микроскопию крови  
 3) обнаружение антител в иммунном блоттинге  
 4) биопробу  
 5) выделение гемокультуры вируса
47. Значимым лабораторным критерием оценки прогрессирования ВИЧ-инфекции является:  
 1) количество лейкоцитов  
 2) уровень гемоглобина  
 3) количество тромбоцитов  
 4) количество CD4 лимфоцитов и величина вирусной нагрузки  
 5) значение СОЭ
48. Лимфатические узлы у больных ВИЧ-инфекцией:  
 1) болезненные, флюктуируют при пальпации  
 2) с гиперемией кожных покровов над ними  
 3) спаяны с кожей  
 4) увеличены до 5 см и более  
 5) безболезненные, имеют туго-эластичную консистенцию
49. Диагноз ВИЧ-инфекции ставится на основании следующих данных:  
 1) клинических  
 2) эпидемиологических  
 3) клинических, эпидемиологических и лабораторных (обнаружение антител к ВИЧ в ИФА и иммунном блоттинге)  
 4) клинических и лабораторных (обнаружение антител к ВИЧ в ИФА)  
 5) клинических, эпидемиологических и лабораторных (снижение CD4 лимфоцитов)
50. Для обработки рук медицинского персонала, загрязненных кровью больного ВИЧ-инфекцией, используют этиловый спирт следующей концентрации:  
 1) 40%  
 2) 60%  
 3) 70%  
 4) 80%  
 5) 96%
51. Этиологическим агентом саркомы Капоши является:  
 1) цитомегаловирус  
 2) вирус герпеса человека 1 типа  
 3) вирус Эпштейна-Барр  
 4) вирус герпеса человека 6 типа  
 5) вирус герпеса человека 8 типа
52. Этиологическим агентом «волосистой лейкоплакии» является:  
 1) вирус герпеса человека 1 типа  
 2) вирус варицелла-зостер  
 3) вирус гриппа  
 4) вирус Эпштейна-Барр  
 5) вирус контагиозного моллюска
53. Наиболее часто слизистая оболочка полости рта поражается:  
 1) аспергеллами  
 2) криптоспоридиями  
 3) грибами рода Candida  
 4) токсоплазмой  
 5) микобактерией туберкулеза
54. Ангулярный хейлит при ВИЧ-инфекции вызывают:  
 1) микобактерия туберкулеза  
 2) атипичные микобактерии  
 3) вирусно-бактериальные ассоциации  
 4) грибы рода Candida  
 5) токсоплазма

Правильные ответы:

1-1	7-1	13-1,3,4	19-2	25-5	31-2	37-4	43-1	49-4
2-1,2,5	8-5	14-4	20-2	26-5	32-2	38-3	44-3	50-3
3-3	9-5	15-1,5	21-2	27-3,4	33-1	39-3	45-1	51-3
4-4	10-1	16-5	22-2	28-2	34-1,2	40-4	46-3	52-5
5-4	11-1,3,5	17-4	23-2	29-5	35-5	41-5	47-4	53-3
6-1,2,3,4	12-1,3,4	18-1,3	24-1	30-1	36-1,2	42-2	48-5	54-4

**Рекомендуемая литература:**

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматовенерология: нац. руководство с компакт-диском	под ред. Ю.К. Скрипкина и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014	2	ЭБ «Консультант врача»
2	Дерматовенерология: руководство для врачей	Ю. С. Бутов [и др.].	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2017	2	
3	Кожные и венерические болезни: учеб. руководство для врачей	В.П. Адаскевич, В.М. Козин.	М.: Медицинская литература, 2013	1	
4	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБ «Консультант врача»

Дополнительная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматология (атлас – справочник).	Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд.	М.: Практика, 1998	2	-
2	Атлас грибковых заболеваний: атлас	К. А. Кауфман	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010	1	-
3	Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для врачей	С. В. Кошкин, Т. В. Черных	Кировская ГМА. Киров. 2009	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Атлас возбудителей грибковых инфекций [Электронный ресурс]	Е. Н. Москвитина, Л. В. Федорова, Т. А. Мухомолова, В. В. Ширяев	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 208 с.	-	ЭБС «Консультант врача»
	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с.	-	ЭБС «Консультант студента»

## Тема 7.2: Препараты в лечении ВИЧ и ИППП на современном этапе.

**Цель:** формирование знаний, умений и навыков составления плана лечения ИППП и ВИЧ.

**Задачи:**

- Изучить основные группы препаратов в лечении ИППП и ВИЧ
- Сформировать навыки составления плана терапии пациента с ИППП и ВИЧ.

**Обучающийся должен знать:** современные представления об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, особенности клинических проявлений их, принципы их лечения.

**Обучающийся должен уметь:** использовать полученные знания для проведения клинического обследования больных; провести дифференциальный диагноз на основании критериев диагностики различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП, составить план обследования с учётом патологии используя наиболее информативные методы исследования; с учётом имеющихся классификаций сформулировать полный клинический диагноз, составить план ведения конкретного пациента, подобрать адекватную терапию

**Обучающийся должен владеть:** Навыками дифференциального диагноза и интерпретации результатов обследований; методиками разработки индивидуального плана ведения пациента навыками научно-исследовательской работы.

### **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

#### **1. Ответить на вопросы по теме занятия**

- Принципы терапии больных ВИЧ-инфекцией.
- Принципы терапии ИППП: гонореи, мягкого шанкра, трихомониаза, сочетанных инфекций.

**2. Практическая работа.** *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков (сбор жалоб и анамнеза у больного с ИППП, осмотр и описание кожных покровов и придатков, дифференциальный диагноз ИППП, интерпретация основных методов обследования, назначение местной и общей терапии, оформление рецептов), освоение манипуляций (взятие патологического материала для исследования, забор мазков, микроскопия в темном поле) по алгоритму под контролем преподавателя.*

#### **3. Решить ситуационные задачи**

Задания выполняются аспирантами самостоятельно под руководством преподавателя. Решение ситуационных задач не заменяет работу с больными, но дополняет ее путем моделирования различных клинических ситуаций. Под задачей в учебном процессе понимается ситуация, предъявленная и принятая аспирантом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. Под успешностью решения задачи понимается правильность решения, затраченное время, количество и характер допущенных ошибок. Так как решение ситуационных задач включает обоснование диагноза, план лечения, решение деонтологических вопросов, построение плана профилактики заболевания и является единоличным решением аспиранта, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности аспирантов.

##### *1) Алгоритм разбора задач*

- описать локальный статус;
- выделить первичные и вторичные морфологические элементы сыпи;
- по возможности установить предполагаемый диагноз.

##### *2) Пример задачи с разбором по алгоритму*

Пациент имел однократную половую связь с больной вторичным рецидивным сифилисом. Через 4 недели на головке полового члена появилась безболезненная эрозия округлой формы, с плотным инфильтратом в основании, без островоспалительных явлений вокруг. Спустя 3 дня после этого вновь имел половые связи в течение четырех дней с больной вторичным рецидивным сифилисом. Возможно ли появление новых шанкров? Если да, как называется это явление? Какие особенности новых твердых шанкров?

Ответ: Локальный статус описан в условии задачи. Диагноз (предположительный): первичный сифилис с локализацией на половых органах. Данный диагноз установлен на основании соответствующих жалоб, анамнеза, клинической картины. Для подтверждения диагноза необходимо дообследование: взятие мазков с эрозии на половом члене (обнаружение спирохеты). Лечение пенициллином по схеме первичного сифилиса. Появление новых шанкров возможно. Суперинфекция в первичном периоде сифилиса проявляется появлением новых шанкров, более мелких по размеру, возможно, в виде эрозированных папул.

##### *3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

1. Больной Е., 36 лет, направлен к дерматовенерологу урологом районной поликлиники в связи с обнаружением гонококков в мазке из уретры. Жалобы на отек и болезненность правого яичка, а также на слипание губок уретры по утрам, дискомфорт в уретре после употребления алкоголя или полового контакта. Выделения из уретры появились около 1 месяца назад, по совету друга принимал трихопол – с незначительным эффектом. Припухание яичка впервые отметил 3 дня назад, отмечает постепенное нарастание отека. Эпидемиологический анамнез: Не женат. Периодически имеет случайные половые связи с малознакомыми женщинами. Последняя незащищенная половая связь около 1,5 месяцев назад. Ничего о партнерше сообщить не может. Объективно: На коже туловища, конечностей, слизистой рта высыпаний нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Наружные половые органы развиты правильно, высыпаний нет. Правое яичко увеличено в объеме в 1,5-2 раза. Кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь. Пальпируется бугристый болезненный инфильтрат. Губки уретры слегка инфильтрированы, свободных выделений нет. При

двухстаканной пробе Томпсона обе порции мочи прозрачные, содержат единичные включения беловатого цвета в виде «точек и запятых». В перианальной области без высыпаний. Данные дополнительных методов исследования: Серологические реакции крови на сифилис: РМП, RW, ИФА, РПГА (–) отрицательные. ИФА на ВИЧ (–) отрицательный. В мазке из уретры гонококк (+) найден, влагалищная трихомонада (–) не обнаружена, лейкоциты – 8-10 в поле зрения. С перианальной области гонококк (–) не обнаружен. В посеве из уретры на среду с полимиксином получена культура *Neisseria gonorrhoeae*. При прямой иммунофлюоресценции и ПЦР *Chlamydia trachomatis* (–) не обнаружена. Культуральное исследование и ПЦР на уреоплазмоз и микоплазмоз дали отрицательные результаты. Диагноз, дифференциальная диагностика, тактика ведения.

2. Больная Ш., 32 лет, направлена в КВД травматологом из поликлиники по месту жительства в связи с обнаружением гонококков в мазке гноя из суставной сумки левого коленного сустава. Жалобы на незначительную отечность и болезненность в области левого коленного сустава. Больна около недели. Начало болезни связывает с ушибом левой ноги. Появился нарастающий отек, болезненность левого колена, беспокоила общая слабость и недомогание. 4 дня назад обратилась к травматологу, который провел пункцию сустава, откачал гной из суставной сумки и назначил цефтриаксон по 1,0 внутримышечно 1 раз в день (получила 3 инъекции). На фоне лечения – быстрая положительная динамика. При повторном осмотре была направлена в КВД. В связи с бронхиальной астмой ежедневно получает 2 таблетки дексаметазона. Эпидемиологический анамнез: В течение 4 лет состоит в гражданском браке, последняя связь с сожителем 10 дней назад. Другие половые связи категорически отрицает. Сожитель вызван в КВД, обследован: диагноз «хроническая гонорея». Бытовой контакт – сын 12 лет. Объективно: На коже головы, туловища, слизистой рта высыпаний нет. Левый коленный сустав незначительно увеличен в объеме, кожа над ним несколько гиперемирована, теплая на ощупь. Пальпация сустава слегка болезненна. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Наружные половые органы развиты правильно. Устье уретры не воспалено, свободных выделений нет. При осмотре с помощью зеркала Куско шейка матки несколько отечна, вокруг внутреннего зева – циркулярная эрозия в стадии эпителизации. При бимануальном исследовании матка и придатки не увеличены, безболезненны. В перианальной области без высыпаний. Данные дополнительных методов исследования: Серологические реакции крови на сифилис: РМП, RW, ИФА, РПГА (–) отрицательные. ИФА на ВИЧ (–) отрицательный. В мазке гноя из суставной сумки левого коленного сустава (пункция проведена травматологом 3 дня назад) гонококк (+) найден, лейкоциты – густо в поле зрения. В мазках из уретры и цервикального канала гонококк (–) не найден, влагалищная трихомонада (–) не обнаружена, лейкоциты – 10-15 в поле зрения. С перианальной области гонококк (–) не обнаружен. В посеве из очагов на среду с полимиксином роста нет. Диагноз, дифференциальная диагностика, тактика ведения.

3. Больной Т., 17 лет, направлен к дерматовенерологу окулистом районной поликлиники для исключения венерического заболевания. Жалобы на отек и болезненность в области левого глаза, а также на выделения из уретры, сопровождающиеся умеренным зудом и жжением, усиливающимся при мочеиспускании. Выделения из уретры беспокоят в течение 10 дней. Поражение левого глаза в течение 2 дней. По совету матери капал в глаз альбуцид – с незначительным улучшением. Эпидемиологический анамнез: Не женат, в течение 1 года встречается с девушкой. Последний половой контакт с ней был около месяца назад (она уехала на учебу в другой город). Две недели назад в состоянии алкогольного опьянения имел случайную половую связь с женщиной примерно 20-22 лет, о которой сообщить ничего не может. Объективно: В области левого глаза отмечается резкий отек, гиперемия. Склера инъецирована сосудами. Из глаза отмечается слезо- и гноетечение. Наружные половые органы развиты правильно. Органы мошонки без патологии. Губки уретры слегка отечны, гиперемированы, свободных выделений нет. При массаже из уретры – капля слизисто-гнойного экссудата. При двухстаканной пробе Томпсона обе порции мочи прозрачные, в первой порции отмечаются включения беловатого цвета в виде «точек и запятых». В перианальной области без высыпаний. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Данные дополнительных методов исследования: Серологические реакции крови на сифилис: РМП, RW, ИФА, РПГА (–) отрицательные. ИФА на ВИЧ (–) отрицательный. В мазке из уретры гонококк (+) найден, влагалищная трихомонада (–) не обнаружена, лейкоциты – 10-15 в поле зрения. С перианальной области гонококк (–) не обнаружен. В посеве с конъюнктивы левого глаза на среду с полимиксином получена культура *Neisseria gonorrhoeae*. Диагноз, дифференциальная диагностика, тактика ведения.

4. Больная Н., 26 лет, обратилась к дерматовенерологу с жалобами на обильные выделения из половых путей, сопровождающиеся зудом, жжением. Больна в течение 2 дней. Самолечение отрицает. Эпидемиологический анамнез: Не замужем. В течение 5 месяцев периодически имела половые связи с Ж., 28 лет, последняя половая связь 2 недели назад. Ж. был вызван в КВД, обследован: диагноз «хронический трихомонадный уретрит». Объективно: На коже туловища, конечностей, слизистой рта высыпаний нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Наружные половые органы развиты правильно. Кожа вульвы гиперемирована, отечна, обильно покрыта серозно-гнойными корочками, при снятии которых обнажается кровоточащая поверхность. Устье уретры воспалено, отечно. При осмотре в зеркалах стенки влагалища гиперемированы,

шейка матки отечна, из внутреннего зева – слизисто-гнойные выделения в виде ленты. В заднем своде влагалища – обильное серозно-гнойное содержимое пенистого характера с неприятным запахом. При бимануальном исследовании матка и придатки не увеличены, безболезненны. В перианальной области без высыпаний. Данные дополнительных методов исследования: Серологические реакции крови на сифилис: РМП, RW, ИФА, РПГА (–) отрицательные. ИФА на ВИЧ (–) отрицательный. В мазках из уретры, заднего свода влагалища и цервикального канала гонококк (–) не найден, влагалищная трихомонада (+) обнаружена, лейкоциты – 20-30 в поле зрения. В нативном препарате из уретры и заднего свода влагалища влагалищная трихомонада (+) обнаружена. С перианальной области гонококк (–) не обнаружен. При прямой иммунофлюоресценции и ПЦР *Chlamydia trachomatis* (–) не обнаружена. Культуральное исследование и ПЦР на уреаплазмоз и микоплазмоз дали отрицательные результаты. Диагноз, дифференциальная диагностика, тактика ведения.

5. Больной Ч., 27 лет, направлен к дерматовенерологу ревматологом для обследования на ИППП с диагнозом «реактивный артрит». Жалобы на боли и припухлость в суставах нижних конечностей и позвоночнике. Больным себя считает в течение 3 недель. Прием ортофена дает временный положительный эффект. При беседе отметил, что около 2-2,5 месяцев назад беспокоили скудные выделения из уретры. Больной почитал, что «простудился» и за медицинской помощью не обращался. В течение 1,5 месяцев периодически беспокоит ощущение «песка в глазах», которое пациент связывает с длительной работой на компьютере. Эпидемиологический анамнез: Женат, последняя половая связь с женой 5 дней назад. Жена вызвана в КВД, обследована: данных за ИППП нет. Примерно 3 месяца назад у больного во время командировки была случайная половая связь. Ничего о партнерше сообщить не может. Объективно: Конъюнктивы глаз слегка гиперемированы, инъецированы сосудами. Левый голеностопный и правый коленный суставы отечны, несколько увеличены в объеме, кожа над ними горячая на ощупь. Пальпация суставов и активные движения в них болезненны. Болезненна пальпация и левого сакроилеального сочленения. Наружные половые органы развиты правильно. Органы мошонки без патологии. Губки не воспалены, свободных выделений нет. При двухстаканной пробе Томпсона обе порции мочи прозрачные, без включений. В перианальной области без высыпаний. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Данные дополнительных методов исследования: РМП на сифилис (–) отрицательная. ИФА на ВИЧ (–) отрицательный. В мазке из уретры гонококк и влагалищная трихомонада (–) не обнаружены, лейкоциты – 5-7 в поле зрения. В посевах на среду с полимиксином с конъюнктивы и из уретры – роста нет. При прямой иммунофлюоресценции и ПЦР материала из уретры *Chlamydia trachomatis* (+) обнаружена. Культуральное исследование и ПЦР на уреаплазмоз и микоплазмоз дали отрицательные результаты. Диагноз, дифференциальная диагностика, тактика ведения.

6. Больная Б., 19 лет, поступила в инфекционную больницу с подозрением на инфекционный мононуклеоз. Больна 5-й день: появилось недомогание, слабость, першение в горле, лихорадка 37,5-38,5°C; на 3-й день болезни отметила увеличение заднешейных, переднешейных и подмышечных лимфоузлов до 1,0 см в диаметре. За время болезни был 3 раза кашицеобразный стул. При осмотре в отделении состояние средней тяжести. Сыпи на коже нет. Со стороны легких, сердца патологии не выявлено. Кандидоз языка. Слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована. Живот мягкий, безболезненный. Небольшое увеличение печени и селезенки. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен. Менингеальной и очаговой симптоматики нет. Эпидемиологический анамнез: больная замужем, вредных привычек нет, но муж больной употребляет внутривенно наркотические вещества. В общем анализе крови выявлен лимфоцитоз 67%, атипичные мононуклеары 20%. Установлен предварительный диагноз «Инфекционный мононуклеоз». В связи с наличием кандидоза языка больной проведено исследование иммунного статуса, при котором выявлено снижение абсолютного количества CD4+ клеток до 210 кл/мл (норма более 600 кл/мл).

#### 4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается разбор ситуационных задач.

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы аспирантов по указанной теме:*

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля*

- Принципы организации лечения больных ВИЧ - инфекцией.
- диспансерное наблюдение в центре по профилактике и борьбе со СПИДом
- Принципы организации лечения больных ВИЧ - инфекцией
- Систему профилактических мероприятий при ВИЧ - инфекции

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

1. При острой и подострой формах неосложненной гонореи показана терапия

1. гоновакциной
2. местным лечением

3. антибиотиками
  4. трихополом
  5. пирогеналом
2. При острой и подострой осложненной гонорее у мужчин и женщин в комплексное лечение включается все перечисленное, кроме
    1. антибиотиков
    2. гоно вакцины
    3. антигистаминных препаратов
    4. препаратов кальция
    5. спазмолитиков
3. Укажите правильную тактику лечения торпидных и хронических форм гонорейной инфекции
    1. иммунотерапевтические, антигистаминные препараты, местное лечение
    2. иммунотерапевтические, антибактериальные, антигистаминные препараты, местное лечение
    3. антибактериальные препараты, местное лечение
    4. иммунотерапевтические препараты, антибиотики, местное лечение
    5. иммунотерапевтические препараты, местное лечение
4. В каком возрасте детям, больным хронической гонореей, можно вводить гоно вакцину
    1. старше 1 года
    2. старше 2 лет
    3. старше 3 лет
    4. старше 4 лет
    5. старше 5 лет
5. Женщина 25 лет состоит в браке 3 года. При обследовании обнаружен хронический эндоцервицит, аднексит. В мазках - лейкоцитоз, гонококк и трихомонады не обнаружены. У дочери 1,5 лет острый вульвовагинит гонорейной этиологии. Правильная тактика врача
    1. назначение комбинированной провокации с последующим бактериологическим и бактериоскопическим исследованием
    2. проведение лечения по схеме хронической гонореи
    3. назначение физиотерапевтических процедур
    4. назначение только антибактериальных препаратов согласно чувствительности бактериальной флоры к антибиотикам
6. При уретритах, вызванных грам-положительными диплококками целесообразно применение
    1. аминогликозидов
    2. цефалоспоринов
    3. линкомицина
    4. фторхинолонов
    5. противогрибковых препаратов
7. Больному установлен диагноз переднего уретрита хламидийной этиологии. Антибиотик какой группы следует назначить пациенту?
    1. аминогликозидов
    2. фторированных хинолонов
    3. цефалоспоринов IV поколения
    4. противопаразитарных
    5. противогрибковых
8. Общее лечение в инфекционно-токсической стадии болезни Рейтера включает
    1. дезинтоксикационную терапию
    2. гипосенсибилизирующую терапию
    3. НПВС
    4. препараты тетрациклинового ряда
    5. сульфаниламидные препараты
9. Местное лечение хронического эндоцервицита гонорейной этиологии у беременных женщин проводится в сроки
    1. во всех сроках беременности без введения лекарственных препаратов непосредственно в цервикальный канал
    2. во всех сроках беременности с введением лекарственных препаратов непосредственно в цервикальный канал
    3. начиная со второго триместра беременности
    4. начиная с третьего триместра беременности
    5. не проводится
10. При лечении острого гонорейного эндоцервицита беременных женщин гоно вакцина применяется
    1. во всех сроках беременности
    2. в первом триместре беременности в пониженных дозах
    3. во втором и третьем триместрах беременности в пониженных дозах
    4. во втором и третьем триместрах беременности по установленной схеме
    5. не применяется
11. Комплексная терапия хронической гонорейной инфекции включает
    1. иммунотерапию
    2. этиологическое лечение
    3. симптоматическое лечение
    4. местное лечение
    5. все перечисленное
12. Женщина с диагнозом: свежий торпидный гонорейный уретрит, эндоцервицит, беременность



- 9 недель. Тактика врача?
1. эритромицин
  2. папаверин
  3. тетрациклин
  4. цефтриаксон
  5. местное лечение уретры и прямой кишки
13. Местная терапия при гонорее нижнего отдела мочеполового тракта применяется
1. при непереносимости антибиотиков
  2. при рецидиве
  3. при свежей торпидной форме
  4. при хронической форме
  5. при всем перечисленном
14. Основными противопоказаниями для назначения пирогенала являются наличие
1. беременности, менструации
  2. гипертонической болезни
  3. хронического эндомиометрита
  4. активного туберкулеза
  5. сахарного диабета
15. У пациента диагностирован гонорейный проктит. Болен 2 недели. Назначьте лечение
1. иммунотерапия, антибиотикотерапия по схеме хронической гонореи
  2. антибиотикотерапия по схеме
  3. иммунотерапия, антибиотиколечение по схеме хронической гонореи, местное лечение
  4. антибиотикотерапия по схеме хронической гонореи, ректороманоскопия
  5. иммунотерапия, местное лечение, ректороманоскопия
16. Критериями излеченности гонореи женщин являются результаты
1. клинического обследования
  2. бактериоскопического и бактериологического методов исследования
  3. вагино- и уретроскопии
  4. расширенной кольпоскопии
17. Госпитализации подлежат больные гонореей:
1. свежей неосложненной
  2. дети (независимо от формы)
  3. осложненной
  4. с восходящим процессом
  5. с рецидивами
18. Для установления излеченности гонореи у мужчин применяются следующие методы механической провокации
1. массаж уретры на буже
  2. уретроскопия
  3. массаж уретры
  4. массаж уретры на тубусе уретроскопа
5. все перечисленные
19. При лечении уретритов, вызванных дрожжеподобными грибами, наиболее целесообразно применять
1. канамицин
  2. флуконазол
  3. полимиксин
  4. пенициллин
  5. нистатин
20. Культуральное исследование после комбинированной провокации, в том числе химической, производится через
1. 3 ч
  2. 6 ч
  3. 12 ч
  4. 24 ч
  5. 48-72 ч
21. При лечении гонореи у беременных противопоказан
1. бензилпенициллин
  2. эритромицин
  3. левомецетин
  4. тетрациклин
  5. сульфаниламиды
22. Установление излеченности гонореи начинается после окончания лечения в сроки
1. у мужчин, женщин и детей через 7-10 дней
  2. у мужчин и женщин через 1 месяц
  3. у женщин после первой менструации
  4. у детей сразу после окончания лечения
  5. у детей через 1 месяц
23. Гонорейно-хламидийно-уреаплазменную инфекцию целесообразно лечить
1. рифампицином
  2. эритромицином
  3. канамицином
  4. фторхинолонами
24. Больным, являющимся предполагаемыми источниками заражения гонореей, в случае, когда гонококки не обнаружены, следует проводить лечение
1. по схеме свежей острой гонореи
  2. по схеме свежей торпидной гонореи
  3. по схеме хронической гонореи
  4. по схеме лечения рецидива гонореи
  5. проводить лечение не следует
25. В целях профилактики гонобленорей новорожденным закапывают на слизистую глаза
1. 30% раствор сульфацила натрия после рождения
  2. 30% раствор спустя 2 ч после рождения

3. 2% раствор резорцина немедленно после рождения
  4. 2% раствор резорцина немедленно и спустя 3 ч после рождения
  5. 30% раствор сульфацила натрия после рождения сразу, через 2 ч
26. Большинство штаммов влагалитической гарднереллы наиболее чувствительны к препаратам
    1. группы аминогликозидов
    2. группы тетрациклина
    3. группы метронидазола
    4. группы цефалоспоринов
27. При разборе случая гонобленореи у новорожденного эпидемиолог и венеролог установили, что 30% раствор сульфацила натрия для закапывания на слизистую оболочку глаз был давностью трое суток. Срок хранения данного раствора должен составлять
    1. 1 сутки
    2. 2 суток
    3. 3 суток
    4. 4 суток
    5. готовится перед употреблением
28. Лечение острого простатита включает
    1. массаж простаты
    2. УВЧ, сидячие ванны
    3. диатермию
    4. микроклизмы
    5. ничего из перечисленного
29. Лечение острой восходящей гонорее начинают с назначения
    1. антибиотиков и аутогемотерапии
    2. пирогенала
    3. гоновакцины
    4. биогенных стимуляторов
    5. антибиотиков

Правильные ответы:

- 1-3,4
- 2-4
- 3-1,2
- 4-4
- 5-3
- 6-1
- 7-2
- 8-1,4
- 9-5
- 10-5
- 11-5
- 12-4
- 13-4
- 14-1,4
- 15-2
- 16-1,2
- 17-2,4
- 18-5
- 19-2
- 20-5
- 21-3,4
- 22-1
- 23-2,4
- 24-3
- 25-5
- 26-3
- 27-1
- 28-5
- 29-5

## Рекомендуемая литература:

### Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматовенерология: нац. руководство с компакт-диском	под ред. Ю.К. Скрипкина и др.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014	2	ЭБ «Консультант врача»
2	Дерматовенерология: руководство для врачей	Ю. С. Бутов [и др.].	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2017	2	
3	Кожные и венерические болезни: учеб. руководство для врачей	В.П. Адаскевич, В.М. Козин.	М.: Медицинская литература, 2013	1	
4	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБ «Консультант врача»

### Дополнительная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Дерматология (атлас – справочник).	Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд.	М.: Практика, 1998	2	-
2	Атлас грибковых заболеваний: атлас	К. А. Кауфман	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2010	1	-
3	Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для врачей	С. В. Кошкин, Т. В. Чермных	Кировская ГМА. Киров. 2009	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Атлас возбудителей грибковых инфекций [Электронный ресурс]	Е. Н. Москвитина, Л. В. Федорова, Т. А. Мухомолова, В. В. Ширяев	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 208 с.	-	ЭБС «Консультант врача»
	Дерматологический атлас [Электронный ресурс]	под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с.	-	ЭБС «Консультант студента»

Составитель: Рябова В.В.  
Евсеева А.Л.

Зав. кафедрой Кошкин С.В.

**Кафедра дерматовенерологии и косметологии**

**Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)**

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА**

**для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся  
по дисциплине (модулю)**

**«Дерматовенерология»**

Направление подготовки 31.06.01 Клиническая медицина

Профиль – Кожные и венерические болезни

Форма обучения очная

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

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения			Разделы дисциплины, при освоении которых формируется компетенция	Номер семестра, в котором формируется компетенция
		<i>Знать</i>	<i>Уметь</i>	<i>Владеть</i>		
УК-1	способность к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях	Основные методы научной исследовательской деятельности	Выделять основные идеи в научных текстах	Навыками чтения и восприятия научных текстов, сбора и анализа информации по теме исследования	Раздел 1. Физиология и биохимия кожи, основные функции кожи. Общая патология кожных болезней (морфологические элементы). Современные представления об этиопатогенезе	<i>3-4 семестр</i>
ПК-1	способность и готовность к научным исследованиям в изучении этиологии, патогенеза дерматовенерологических заболеваний, клинических и патофизиологических проявлений патологии с использованием клинических лабораторных, лучевых, иммунологических, генетических, патоморфологических, биохимических и других методов исследований	современные представления об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП; особенности клинических проявлений их	использовать полученные знания для проведения клинического обследования больных; провести дифференциальный диагноз на основании критериев диагностики различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП	Навыками научно-исследовательской работы.	неинфекционных и инфекционных дерматологических заболеваний, ИППП. Иммуитет и иммунопатологические реакции. Аллергические реакции. Раздел. 2. Микозы. Патология придатков кожи. Болезни потовых и сальных желез. Основы трихологии. Поражение ногтевых пластин различного генеза. Раздел. 3 Аллерго-	<i>3-4 семестр</i>
ПК-2	способность и готовность к совершенствованию лабораторных, инструментальных и других методов обследования	современные представления об этиологии и механизмах развития	составить план обследования с учётом патологии используя наиболее информативные	Навыками дифференциального диагноза и интерпретации результатов обследований;	дерматозы, зудящие дерматозы. Патология кожных покровов при заболеваниях внутренних органов и систем,	<i>3-4 семестр</i>

	дования больных, совершенствованию диагностики и дифференциальной диагностики дерматовенерологических заболеваний	различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП; особенности клинических проявлений их	методы исследования; с учётом имеющихся классификаций сформулировать полный клинический диагноз	навыками научно-исследовательской работы.	нарушения обмена веществ, нарушениях деятельности ЦНС. Раздел 4. Неинфекционные заболевания кожи: диагностика и дифференциальный диагноз.	
ПК-3	способность и готовность к изучению механизмов действия, эффективности и безопасности лекарственных препаратов и немедикаментозных способов воздействия, совершенствованию и оптимизации лечебных мероприятий, профилактики возникновения или обострения дерматовенерологических заболеваний	принципы лечения, группы препаратов и их механизм действия	составить план ведения конкретного пациента, подобрать адекватную терапию.	Методиками разработки индивидуального плана ведения пациента; навыками научно-исследовательской работы.	Инфекционные и паразитарные заболевания кожи: диагностика и дифференциальный диагноз. Современные терапевтические методики. Раздел 5. Новообразования кожи. Паранеоплазии. Дисхромии кожи. Гиперкератозы. Атрофии кожи. Раздел 6. Наследственные дерматологические заболевания. Раздел 7. Методы лечения пациентов с венерическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией и ИППП.	3-4 семестр

## 2. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Неудовлетворительно/ не зачтено	Удовлетворительно/ зачтено	Хорошо/ зачтено	Отлично/ зачтено	Для текущего контроля	Для промежуточной аттестации
<b>УК-1</b>						
Знать	Не знает основные методы научной исследовательской деятельности	Не в полном объеме знает основные методы научной исследовательской деятельности, допускает существенные ошибки	Знает основные методы научной исследовательской деятельности, допускает ошибки	Знает основные методы научной исследовательской деятельности	собеседование	тестирование
Уметь	Не умеет выделять основные идеи в научных текстах	Частично освоено умение выделять основные идеи в научных текстах	Правильно использует выделять основные идеи в научных текстах, допускает ошибки	Самостоятельно использует выделять основные идеи в научных текстах	собеседование	собеседование
Владеть	Не владеет навыками чтения и восприятия научных текстов, сбора и	Не полностью владеет навыками чтения и восприятия научных текстов, сбора и анализа информации	Способен использовать навыками чтения и восприятия научных текстов, сбора и анализа информации	Владеет навыками чтения и восприятия научных текстов, сбора и анализа информации	собеседование	прием практических навыков

	анализа информации по теме исследования	по теме исследования	по теме исследования	по теме исследования		
<b>ПК-1</b>						
Знать	Фрагментарные знания об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП; особенностей клинических проявлений их;	Общие, но не структурированные знания об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП; особенностей клинических проявлений их;	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП; особенностей клинических проявлений их;	Сформированные систематические знания об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП; особенностей клинических проявлений их;	собеседование	тестирование
Уметь	Частично освоенное умение использовать полученные знания для проведения клинического обследования больных; провести дифференциальный диагноз на основании критериев диагностики различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП;	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение использовать полученные знания для проведения клинического обследования больных; провести дифференциальный диагноз на основании критериев диагностики различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП;	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение использовать полученные знания для проведения клинического обследования больных; провести дифференциальный диагноз на основании критериев диагностики различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП;	Сформированное умение использовать полученные знания для проведения клинического обследования больных; провести дифференциальный диагноз на основании критериев диагностики различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП;	собеседование	собеседование
Владеть	Фрагментарное применение навыков научно-исследовательской работы.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков научно-исследовательской работы.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение научно-исследовательской работы.	Успешное и систематическое применение навыков научно-исследовательской работы.	собеседование	прием практических навыков
<b>ПК-2</b>						
Знать	Фрагментарные знания об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП; особенностей клинических проявлений их;	Общие, но не структурированные знания об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП; особенностей клинических проявлений их;	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП; особенностей клинических проявлений их;	Сформированные систематические знания об этиологии и механизмах развития различных заболеваний кожи и подкожной жировой клетчатки, ИППП; особенностей клинических проявлений их;	собеседование	тестирование

Уметь	Частично освоенное умение составить план обследования с учётом патологии используя наиболее информативные методы исследования; с учётом имеющихся классификаций сформулировать полный клинический диагноз;	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение составить план обследования с учётом патологии используя наиболее информативные методы исследования; с учётом имеющихся классификаций сформулировать полный клинический диагноз;	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение составить план обследования с учётом патологии используя наиболее информативные методы исследования; с учётом имеющихся классификаций сформулировать полный клинический диагноз;	Сформированное умение составить план обследования с учётом патологии используя наиболее информативные методы исследования; с учётом имеющихся классификаций сформулировать полный клинический диагноз;	собеседование	собеседование
Владеть	Фрагментарное применение навыков дифференциального диагноза и интерпретации результатов обследований; навыками научно-исследовательской работы.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков дифференциального диагноза и интерпретации результатов обследований; навыками научно-исследовательской работы.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков дифференциального диагноза и интерпретации результатов обследований; навыками научно-исследовательской работы.	Успешное и систематическое применение навыков дифференциального диагноза и интерпретации результатов обследований; навыками научно-исследовательской работы.	собеседование	прием практических навыков
<b>ПК-3</b>						
Знать	Фрагментарные знания принципов лечения, групп препаратов и их механизмов действия	Общие, но не структурированные знания принципов лечения, групп препаратов и их механизмов действия	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания принципов лечения, групп препаратов и их механизмов действия	Сформированные систематические знания принципов лечения, групп препаратов и их механизмов действия	собеседование	тестирование
Уметь	Частично освоенное умение составить план ведения конкретного пациента, подобрать адекватную терапию.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение составить план ведения конкретного пациента, подобрать адекватную терапию	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение составить план ведения конкретного пациента, подобрать адекватную терапию	Сформированное умение составить план ведения конкретного пациента, подобрать адекватную терапию	собеседование	собеседование
Владеть	Фрагментарное применение методик разработки индивидуального плана ведения пациента; навыков научно-исследовательской работы.	В целом успешное, но не систематическое применение методик разработки индивидуального плана ведения пациента; навыков научно-исследовательской работы.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение методик разработки индивидуального плана ведения пациента; навыков научно-исследовательской работы.	Успешное и систематическое применение методик разработки индивидуального плана ведения пациента; навыков научно-исследовательской работы.	собеседование	прием практических навыков

			исследователь- ской работы.			
--	--	--	--------------------------------	--	--	--

### 3. Типовые контрольные задания и иные материалы

#### 3.1. Примерные вопросы к зачету, критерии оценки (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3)

1. Строение кожи и ПЖК.
2. Кровоснабжение и иннервация кожных покровов.
3. Морфологические элементы экзантем и энантем.
4. Гистологические основы патологии кожи.
5. Физиология и биохимия кожи.
6. Связь кожи с другими органами и системами, участие кожи в минеральном, белковом, углеводном, витаминном, ферментном и жировом обменах.
7. Образование в коже биологически активных веществ.
8. Основные функции кожи: защитная, терморегулирующая, выделительная, резорбционная, дыхательная.
9. Кожа - орган чувств.
10. Возрастные особенности кожи: кожа детей, взрослых и пожилых.
11. Современные опубликованные и экспериментальные данные о новых этиопатогенетических механизмах дерматологических заболеваний на основе рандомизированных исследований.
12. Имунные реакции как основа аллергических и неаллергических заболеваний в дерматологии
13. Этиопатогенез дерматомикозов, классификация, эпидемиология, клиника различных форм дерматомикозов, принципы диагностики и дифференциальной диагностики, лечения, профилактические мероприятия.
14. Себорея, гипергидроз. Методы коррекции
15. Классификация алопеций по этиологическому принципу.
16. Методики диагностики и дифференциальной диагностики алопеций.
17. Лечение алопеций в зависимости от этиологического фактора.
18. Этиопатогенез дерматитов, экземы, токсикодермии, крапивницы, атопического дерматита.
19. Эпидемиология, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика аллергодерматозов.
20. Общие принципы терапии аллергодерматозов.
21. Проявления заболеваний ЖКТ и печени, мочевыделительной, эндокринной системы у дерматологических пациентов.
22. Проявления гематологических заболеваний на кожных покровах, патология нервной системы и дерматологические корреляции.
23. Диагностический поиск при выявлении дерматологического заболевания при подозрении на патологию внутренних органов и систем, заболевания обмена веществ.
24. Поражения кожи при заболеваниях нервной системы.
25. Патомимии. Дисморфофобии.
26. Особенности клинической картины папулодерматозов.
27. Псориаз.
28. Красный плоский лишай.
29. Особенности клинической картины пузырных дерматозов (пузырчатка, дерматоз Дюринга, пемфигоид Левера).
30. Синдром Лайелла.
31. Эффективность классических терапевтических методик и новейшие разработки, основанные на принципах доказательной медицины по результатам многоцентровых, рандомизированных, плацебо-контролируемых исследований. Таргетная терапия.
32. Место биологических препаратов в терапии среднетяжелых и тяжелых дерматозов.
33. Особенности течения пиодермий, вирусных заболеваний кожи и слизистых.
34. Особенности клинической картины дерматозоонозов.
35. Инфекционные эритемы: Розовый лишай Жибера. Многоформная экссудативная эритема. Синдром Стивенса-Джонсона.



### Критерии оценки:

Оценка «зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, усвоил основную и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой; усвоил взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала; владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении ситуационных заданий, безошибочно ответил на основной и дополнительные вопросы на зачете.

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаружил пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустил принципиальные ошибки при ответе на основной и дополнительные вопросы; не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании образовательной организации без дополнительных занятий по дисциплине.

### **3.2. Примерные вопросы к экзамену, критерии оценки (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3)**

1. Анатомия и физиология кожи нормальной кожи. Кожа, как орган. Иммунная система кожи: взаимосвязь системности и локальных механизмов иммунопатологии кожи.
2. Первичные и вторичные морфологические элементы – основа диагностики в дерматологии.
3. Основные патоморфологические изменения кожи и ее структур при дерматозах.
4. Методология неинвазивных и инвазивных методов диагностики в дерматологии.
5. Принципы терапии острых и хронических дерматозов.
6. Понятие о стандартах оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология».
7. Клинические рекомендации: основные принципы разработки и актуализации.
8. Системная и наружная терапия дерматозов.
9. Классификация ИППП. Основные подходы к диагностике сифилиса и ИППП.
10. Сифилис – современный взгляд на профилактику.
11. ИППП: осложненные формы и их роль в нарушении репродуктивной функции.
12. Принципы терапии ИППП. Взаимодействие профильных специалистов. Актуальные вопросы организации борьбы с сифилисом и ИППП.
13. Стрептодермии. Стрептококковое импетиго: возбудители, клинические формы.
14. Хронический фурункулез, системная и топическая терапия.
15. Микроспория кожи волосистой части головы. Клиника. Диагностика. Терапия.
16. Стрептодермия поверхностная хроническая диффузная. Клиника. Принципы терапии.
17. Трихофития кожи волосистой части головы. Клиника. Диагностика.
18. Клинические формы микоза стоп. Клиника. Диагностика. Лечение.
19. Клинические формы микоза стоп. Клиника. Диагностика. Лечение. Выбор системного антимикотика в терапии онихомикозов Фунгицидные препараты, наиболее часто употребляемые для местной терапии микозов.
20. Разноцветный лишай. Клиника. Диагностика. Лечение.
21. Кандидозный стоматит. Клиника. Лабораторная диагностика. Лечение.
22. Кандидозное интертриго. Клиника. Патогенез развития. Диагностика. Лечение.
23. Атипичные пиодермии. Хроническая пиококковая язва.
24. Осложненная чесотка. Диагностика. Лечение. Профилактика.
25. Шанкриформная пиодермия.
26. Эпидемическая пузырчатка новорожденных. Клиника. Принципы терапии.
27. Простой герпес: возбудители. Пути и способы заражения, клинические формы, особенности течения у ВИЧ-инфицированных. Терапия наружная и системная.
28. Сикоз стафилококковый. Клиника. Принципы терапии.
29. Пустулезный псориаз (тип Барбера). Клиника. Дифференциальная диагностика Критерии диагностики атопического дерматита.
30. Тяжелые формы псориаза. Лечение генно-инженерными биологическими препаратами.
31. Пустулезный псориаз (тип Цумбуша). Клиника. Диагностика. Лечение.

32. Красный плоский лишай. Этиология. Патогенез. Клинические формы.
33. Синдром Лайелла. Клиника, тактика лечения.
34. Детская фаза атопического дерматита. Клиника, лечение, профилактика.
35. Взрослая фаза атопического дерматита. Клиника, осложненные формы, лечение
36. Дифференциальная диагностика эритродермий
37. Синдром Литтла-Лассюэра-Пикарди. Клинические проявления и дифференциальная диагностика.
38. Фотодерматозы. Фотофитодерматозы. Клиника, лечение.
39. Отек Квинке. Клиника, лечение.
40. Псевдопелада. Клиника. Диагностика. Лечение.
41. Аллергический дерматит. Этиология. Клиника, лечение.
42. Профессиональные дерматозы. Основные причины, клинические манифестации, терапия. Профилактика.
43. Микробная экзема. Разновидности, клинические особенности течения. Лечение.
44. Многоформная экссудативная эритема. Клиника. Диагностика. Лечение.
45. Дисгидротическая экзема. Клиника, дифференциальная диагностика. Лечение.
46. Блестящий лишай. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Лечение.
47. Фиксированная токсикодермия. Этиология. Клиника, лечение.
48. Истинная пузырчатка: клинические разновидности, подходы к терапии.
49. Дифференциальная диагностика буллезных дерматозов.
50. Буллезная токсикодермия и ее отличия от пузырчатки и пемфигоида.
51. Базовая терапия пузырчатки: системные и топические средства.
52. Субкорнеальный пустулез. Диагностика. Терапия.
53. Пемфигоиды: современная классификация. Патогенез. Клиника, диагностика. Тактика терапии
54. Дерматит Дюринга. Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика Декальвирующий фолликулит. Клиника. Диагностика. Лечение.
55. Акне. Определение. Патогенез угревой болезни. Клинические разновидности акне. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии легкой, среднетяжелой и тяжелых форм акне.
56. Инверсные акне.
57. Дифференциальная диагностика акне и розацеа.
58. Основные принципы терапии различных форм акне. Акне взрослых женщин.
59. Патогенез розацеа. Подходы к терапии.
60. Симуляционные дерматиты и патомии. Экскориированные акне. Подходы к лечению
61. Дермальные ангииты. Полиморфный дермальный ангиит.
62. Болезнь Девержи. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Лечение.
63. Ихтиоз: классификация, основные клинические разновидности, типы наследования
64. Болезнь Дарье. Клиника. Терапия системная и топическая. Кольцевидная эритема. Дифференциальная диагностика. Врожденный буллезный эпидермолиз. Классификация. Подходы к лечению.
65. Липоидный некробиоз. Клиника. Диагностика. Лечение.
66. Доброкачественные и злокачественные новообразования кожи. Основные методы диагностики (обзор).
67. Понятие о дермальных доброкачественных лимфоплазиях.
68. Первичные лимфомы кожи. Клиническая и лабораторная диагностика.
69. Клинические проявления паранеопластических синдромов. Диагностика. Тактика ведения больных.
70. Поражения кожи при сахарном диабете.
71. Гиперандрогении. Поражения кожи, волос. Терапия.
72. Поражения кожи при заболеваниях щитовидной железы, при первичной надпочечниковой недостаточности.
73. Нейрофиброматоз: этиопатогенез, современная классификация и варианты течения.

74. Сифилис. Этиология, патогенез. Классификация. Пути заражения. Классификация и течение сифилитической инфекции на разных этапах ее развития.
75. Бледная трепонема: строение, антигены, чувствительность к антибиотикам, особенности иммунного ответа макроорганизма.
76. Характеристики твердого шанкра, атипичные шанкры, осложнения первичной сифиломы. Диагностика, лечение.
77. Сифилис вторичный период. Свежий и рецидивный вторичный сифилис. Пятнистый, папулезный, пустулезный сифилид. Лейкодерма. Алопеция.
78. Третичный сифилис. Гуммозный и бугорковый сифилиды.
79. Врожденный сифилис: сифилис плода, младенческого и раннего детского возраста, поздний врожденный сифилис (триада Гетчинсона, стигмы).
80. Сифилис внутренних органов и нервной системы (ранний и поздний).
81. Инфекции, передаваемые преимущественно половым путем. Возбудители. Патогенез развития.
82. Этиология и патогенез гонореи и негонококковых уретритов, пути и способы заражения, классификация. Основные клинические симптомы, осложнения.
83. Принципы диагностики гонококковых уретритов: клинические и лабораторные данные.
84. Методы лабораторной диагностики: бактериоскопический, бактериологический, серологические методы.
85. Принципы лечения гонококковых поражений нижнего отдела урогенитального тракта. Критерии излеченности.
86. Хламидиоз. Методы диагностики. Осложненные формы хламидийной инфекции. Тактика терапии и реабилитации
87. Осложнения ИППП. Влияние на репродуктивную функцию.

#### Критерии оценки:

Оценки **«отлично»** заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающимся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки **«хорошо»** заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки **«удовлетворительно»** заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение в образовательной организации высшего образования и приступить к изучению последующих дисциплин.

### 3.3. Примерные вопросы к собеседованию по текущему контролю, критерии оценки (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3):

- Анатомия и физиология кожи. Эпидермис. Дерма. Подкожная жировая клетчатка. Кровеносные и нервно-рецепторный аппарат. Придатки кожи. Функции кожи.
- Строение слизистой оболочки рта и красной каймы губ.
- Основные патологические процессы, проходящие в коже и слизистых оболочках.
- Первичные и вторичные морфологические элементы.
- Классификация дерматозов по этиологическому фактору.
- Понятие облигатных и факультативных этиологических факторов.
- Понятие сенсибилизации и идиосинкразии.
- Понятие гиперчувствительности 1-4 типов.
- Общие принципы сбора анамнеза.
- Осмотр кожного покрова и слизистых оболочек.
- Общая характеристика сыпей и элементов.
- Специальные исследования и пробы в зависимости от показаний.
- Основные этиологические и патогенетические факторы микозов.
- Дифференциально-диагностические признаки керато- и дерматомикозов, кандидозов.
- Основные принципы общего и местного лечения грибковых заболеваний кожи.
- Основные принципы первичной и вторичной профилактики грибковых болезней и ее придатков.
- Основы этиопатогенеза себореи, гипергидроза.
- Общие и местные методы терапии себореи и гипергидроза.
- Особенности анатомии и физиологии покровных тканей волосистой части головы.
- Болезни волос.
- Косметологические средства, применяемые для лечения и ухода за волосами и кожей головы.
- Отек Квинке: основные патогенетические факторы, благоприятствующие развитию заболевания;
- дифференциально-диагностические признаки аллергических дерматитов, экзем;
- основные принципы общего и местного лечения алергодерматозов;
- основные принципы профилактики экзем;
- основные клинические симптомы аллергических заболеваний кожи.
- Атопический дерматит: основные патогенетические факторы, благоприятствующие развитию заболевания;
- дифференциально-диагностические признаки атопического дерматита в различные возрастные периоды;
- основные принципы общего и местного лечения алергодерматоза.
- Разновидности поражений кожи при эндокринных заболеваниях.
- Диагностика эндокринных заболеваний и тактика ведения пациентов с кожными их проявлениями.
- Изучить классификацию и клиническую картину различных форм псориаза.
- Сформировать навыки диагностики псориаза и псориатической артропатии.
- Рассмотреть методики терапии псориаза на современном этапе.
- Изучить классификацию и клиническую картину различных форм красного плоского лишая.
- Сформировать навыки диагностики красного плоского лишая.
- Рассмотреть методики терапии КПЛ на современном этапе.
- Изучить классификацию пузырных дерматозов.
- Сформировать навыки диагностики пузырных дерматозов.
- Рассмотреть методики терапии пузырных дерматозов.
- Основные патогенетические факторы, благоприятствующие развитию заболевания
- Дифференциально-диагностические признаки фолликулярных и нефолликулярных пустул
- Основные принципы общего и местного лечения гнойничковых заболеваний кожи
- Основные принципы профилактики пиодермий
- Классификация, этиопатогенез вирусных дерматозов.

- Клинические проявления герпес-вирусных инфекций кожи.
- Классификация бородавок, клиническое течение, современные методы лечения: общие и местные.
- Контагиозный моллюск. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Методы лечения.
- Классификации новообразований эпидермиса, дермы, ПЖК.
- Тактика ведения.
- Клиника и тактика при кистозных образованиях.
- Паранеопластические дерматозы и синдромы. Герпетиформный дерматоз Дюринга. Этиопатогенез, патоморфология, особенности клиники и диагностики. Эритема Гамелла, глюкогонома, синдром Свита, гангренозная пиодермия, паранеопластическая пузырчатка. Тактика ведения.
- Этиология, патогенез, современная классификация и варианты течения пигментных нарушений;
- принципы диагностики дисхромий;
- протокол ведения больных с дисхромиями.
- Различные виды заболеваний, сопровождающихся явлениями гиперкератоза и атрофии кожи и ПЖК (кератодермии, фолликулярный дискератоз Дарье, красная волчанка, склеродермия, атрофические формы КПЛ).
- Дифференциальный диагноз гиперкератозов и атрофий кожи.
- Патогенез наследственных заболеваний кожи (врождённого буллёзного эпидермолиза, ихтиоза).
- Клинические проявления наследственных заболеваний кожи.
- Дифференциальная диагностика различных видов наследственных заболеваний кожи с другими дерматозами.
- Принципы общего и местного лечения наследственных заболеваний кожи (врождённого буллёзного эпидермолиза, ихтиоза).
- Этиопатогенез, современная классификация и варианты течения нейрофиброматозов;
- особенности клинических проявлений нейрофиброматозов;
- принципы диагностики и протокол ведения больных.
- Клиническая картина синдрома недержания пигмента.
- Дифференциальная диагностика нейрофиброматоза.
- Гонорея
- Мягкий шанкр
- Хламидиоз
- Уреаплазмоз
- Микоплазмоз
- Трихомониаз
- Баквагиноз.
- Клиника, диагностика.
- «Группы риска» ВИЧ.
- Методики диагностики ВИЧ.
- Принципы терапии больных ВИЧ-инфекцией.
- Принципы терапии ИППП: гонореи, мягкого шанкра, трихомониаза, сочетанных инфекций.

Критерии оценки:

Оценка **«зачтено»** выставляется обучающемуся если он обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание вопроса, усвоил основную и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой; усвоил взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала; безошибочно ответил на основной и дополнительные вопросы на зачете.

Оценка **«не зачтено»** выставляется обучающемуся если он обнаружил пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустил принципиальные ошибки при ответе на основной и дополнительные вопросы.

### 3.4. Примерные тестовые задания, критерии

#### Уровень 1.

1. Возбудитель гонореи - гонококк – относится (ПК-1, ПК-2)
  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: (ПК-1, ПК-2)
  1. парность кокков
  2. грам-отрицательность
  3. грам-положительность
  4. внутриклеточное расположение
  5. бобовидная форма
3. Наиболее частой причиной рецидивов гонореи является ассоциация гонококков (УК-1, ПК-3)
  1. с хламидиями
  2. с дрожжевым мицелием
  3. с трихомонадами
  4. с уреаплазмой
  5. с гарднереллами
4. Наиболее доступным для поражения гонококками являются слизистые оболочки, выстланные (ПК-1, ПК-2)
  1. многослойным плоским неороговевающим эпителием
  2. переходным эпителием
  3. цилиндрическим эпителием
  4. многослойным плоским ороговевающим эпителием
  5. кубическим эпителием
5. Гонококки могут распространяться в организме больных следующими путями (УК-1, ПК-1)
  1. лимфогенно
  2. гематогенно
  3. по поверхности слизистых гениталий
  4. каналикулярно (per continuitatem)
  5. всеми перечисленными путями
6. Длительность инкубационного периода при гонорее чаще равна (ПК-1)
  1. 1-2 дням
  2. 3-4 дням
  3. 5-7 дням
  4. 8-10 дням
  5. 10-14 дням
7. Свежий острый передний уретрит гонорейной этиологии характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме (ПК-1, ПК-2)
  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
8. У женщин, больных гонореей, наиболее часто наблюдается следующая клиническая форма (ПК-1)
  1. свежая острая
  2. свежая подострая
  3. свежая торпидная
  4. латентная
  5. хроническая
9. Хронический тотальный уретрит гонорейной этиологии у мужчин характеризуется следующими признаками: (ПК-1, ПК-2)
  1. застойно-гиперемированный цвет слизистой губок наружного отверстия уретры
  2. скудными гнойными выделениями
  3. болезненность в конце акта мочеиспускания
  4. наличие незначительного количества гнойных нитей в 1-й и 2-й порциях мочи
  5. наличие гнойных нитей в 1-й порции мочи
10. Больному острым гонорейным орхоэпидидимитом проводятся все перечисленные исследования, кроме (ПК-2)
  1. секрета простаты
  2. отделяемого уретры на наличие других патогенных возбудителей
  3. клинического анализа мочи
  4. клинического анализа крови
  5. двухстаканной пробы мочи
11. Диагностика острого простатита основана на результатах перечисленных исследований: (ПК-2)

1. мазков
  2. уретроскопии
  3. анализа 3 порций мочи
  4. пальпации предстательной железы
  5. УЗИ предстательной железы
12. Признаками стриктуры уретры являются следующие проявления, кроме (ПК-1, ПК-2)
1. выделений из уретры
  2. затрудненного и длительного мочеиспускания
  3. препятствия при введении в уретру бужа или тубуса уретроскопа
  4. рубцового сужения уретры по данным уретроскопии
  5. отсутствия нарушений мочеиспускания
13. При острой и подострой формах неосложненной гонореи показана терапия (ПК-2, ПК-3)
1. гоновакциной
  2. местным лечением
  3. антибиотиками
  4. трихополом
  5. пирогеналом
14. При острой и подострой осложненной гонорее у мужчин и женщин в комплексное лечение включается все перечисленное, кроме (ПК-2, ПК-3)
1. антибиотиков
  2. гоновакцины
  3. антигистаминных препаратов
  4. препаратов кальция
  5. спазмолитиков
15. Для рецидивов гонореи характерно (УК-1, ПК-2)
1. сохранение клинических проявлений заболевания после лечения
  2. сохранение повышенного лейкоцитоза в мазках
  3. нахождение в мазках трихомонад
  4. отсутствие клинического выздоровления после лечения
16. Укажите правильную тактику лечения торпидных и хронических форм гонорейной инфекции (ПК-2, ПК-3)
1. иммунотерапевтические, антигистаминные препараты, местное лечение
  2. иммунотерапевтические, антибактериальные, антигистаминные препараты, местное лечение
  3. антибактериальные препараты, местное лечение
  4. иммунотерапевтические препараты, антибиотики, местное лечение
  5. иммунотерапевтические препараты, местное лечение
17. В каком возрасте детям, больным хронической гонореей, можно вводить гоновакцину (ПК-2, ПК-3)
1. старше 1 года
  2. старше 2 лет
  3. старше 3 лет
  4. старше 4 лет
  5. старше 5 лет
18. Женщина 25 лет состоит в браке 3 года. При обследовании обнаружен хронический эндоцервицит, аднексит. В мазках - лейкоцитоз, гонококк и трихомонады не обнаружены. У дочери 1,5 лет острый вульвовагинит гонорейной этиологии. Правильная тактика врача (УК-1, ПК-3)
1. назначение комбинированной провокации с последующим бактериологическим и бактериоскопическим исследованием
  2. проведение лечения по схеме хронической гонореи
  3. назначение физиотерапевтических процедур
  4. назначение только антибактериальных препаратов согласно чувствительности бактериальной флоры к антибиотикам
19. При уретритах, вызванных грам-положительными диплококками целесообразно применение (ПК-1, ПК-3)
1. аминогликозидов
  2. цефалоспоринов
  3. линкомицина
  4. фторхинолонов
  5. противогрибковых препаратов
20. Больному установлен диагноз переднего уретрита хламидийной этиологии. Антибиотик какой группы следует назначить пациенту? (УК-1, ПК-3)
1. аминогликозидов
  2. фторированных хинолонов
  3. цефалоспоринов IV поколения

4. противопаразитарных

5. противогрибковых

*Правильные ответы:*

1-1

2-1,2,5

3-3

4-3

5-1,2,4

6-3

7-4

8-4

9-

1,2,3,4

10-1

11-5

12-5

13-3,4

14-4

15-

1,2,3

16-1,2

17-4

18-3

19-1

20-2



## Уровень 2.

1. соотнесите причину и следствие (УК-1, ПК-1)
  - прием антибиотиков по поводу ангины=удлинение инкубационного периода
  - туберкулез=удлинение инкубационного периода
  - множественные шанкры=укорочение инкубационного периода
  - суперинфекция=укорочение инкубационного периода
  - биполярные шанкры=укорочение инкубационного периода
2. соотнесите клиническую картину с осложнением первичного периода сифилиса (УК-1, ПК-1)
  - воспаление головки полового члена и крайней плоти=баланопостит
  - болезненный отек внутреннего листка крайней плоти=фимоз
  - ущемление головки полового члена=парафимоз
  - сухой некроз шанкра=гангренозный твердый шанкр
  - влажный некроз шанкра=фагеденический твердый шанкр
3. соотнесите клиническую картину и форму течения первичного периода сифилиса (УК-1, ПК-1)
  - болезненное утолщение дистальной фаланги пальца=шанкр-панариций
  - уплотнение кожи промежности деревянистой плотности=индуративный отек
  - безболезненная эрозия на головке полового члена с плотным основанием=твердый шанкр генитальной локализации
  - одностороннее увеличение миндалины без дефекта слизистой=шанкр-амигдалит
  - эрозия на слизистой перианальных складок=шанкр пери-парагенитальной локализации
4. соотнесите клинические признаки, характерные для свежего и рецидивного вторичного сифилиса (УК-1, ПК-2)
  - обильная яркая сыпь=свежий вторичный сифилис
  - склонные к слиянию и группировке элементы сыпи=рецидивный вторичный сифилис
  - скудные высыпания, бледные, преимущественно на боковых областях живота=рецидивный вторичный сифилис
  - гипертрофированные папулы и широкие кондиломы=рецидивный вторичный сифилис
  - розеолезно-папулезная яркая мелкая сыпь=свежий вторичный сифилис
5. соотнесите клинические признаки, характерные для свежего и рецидивного вторичного сифилиса (УК-1, ПК-2)
  - остатки твердого шанкра=свежий вторичный сифилис
  - давность заболевания около полугода, скудные высыпания=рецидивный вторичный сифилис
  - диффузная алопеция, лейкодерма=рецидивный вторичный сифилис
  - пустулезные и рупиоидные элементы сыпи=рецидивный вторичный сифилис
  - незащищенный половой контакт с неизвестной 2 месяца назад=свежий вторичный сифилис
6. соотнесите клинику и форму вторичного сифилиса (ПК-1, ПК-2)
  - пятна розового цвета, обильные до 0,5 см в диаметре=розеолезный сифилид
  - угревидные высыпания на коже лица=пустулезный сифилид
  - симптом Пинкуса=сифилитическая алопеция
  - симптом Ядассона=папулезный сифилид
  - ожерелье Венеры=лейкодерма
7. соотнесите клиническую картину и разновидность папулезного сифилида (ПК-1, ПК-2)
  - корона Венеры=себорейный сифилид
  - вегетирующие разрастания в промежности=широкие кондиломы
  - воротничок Биетта=ладонно-подошвенный сифилид

множественные бляшковидные высыпания с обильным шелушением=псориазиформный сифилид

"заеды" в углах рта=эрозированные папулы

### Уровень 3.

1. У больного на коже плеча располагаются бугорковые элементы медно-красного цвета с синюшным оттенком, полушаровидной формы, плотной консистенции, сгруппированы. В центре очага имеются язвочки правильных округлых очертаний, с пологими краями, чистым дном. На коже конечностей обнаружены несколько фокусно расположенных «мозаичных» рубцов. (ПК-2, ПК-3)

1) Установите диагноз заболевания:

1. *третичный сифилис*
2. вторичный сифилид
3. туберкулезная волчанка

2) Укажите форму заболевания

1. *бугорковый*
2. *гуммозный.*
3. *везикулезный.*
4. *акнеформный*

3) Выберите подходящую тактику ведения

1. Системные ГКС из расчета 1мг/кг/сут преднизолона
2. Трихопол 1г/сут в течение 14 дней
3. Бензилпенициллина натриевая соль 1 млн. ЕД дважды в день – 14 дней.
4. *Бензилпенициллина натриевая соль 1 млн. ЕД 6 раз/сут 28 дней, повторный 14-дневный курс через 2 недели.*

2. Установите диагноз заболевания. Ребёнок родился с малым весом, гипотрофичен. Кожа сморщена, землисто-серого цвета. На коже ладоней и подошв пузыри с серозно-гнойным, серозным содержимым, напряжённой покрывкой, окруженные ободком инфильтрата. Носовое дыхание затруднено, что отчётливо проявляется при кормлении грудью. (ПК-2, ПК-3)

1) Установите диагноз заболевания:

1. Сифилис плода
2. *Сифилис грудного возраста*
3. ранний врожденный сифилис
4. поздний врожденный сифилис

2) Какие достоверные признаки описаны в задаче:

1. водянка ГМ
2. гипотрофия
3. *сифилитическая пузырьчатка*
4. белая пневмония
5. *сифилитический ринит*

3) Выберите признаки, характерные для данной стадии заболевания

1. лабиринтная глухота
2. седловидный нос
3. *симптом Систо*
4. *папулезная инфильтрация Гохзингера*
5. истинные саблевидные голени

3. У ребёнка 12 лет заболел вначале один глаз, через некоторое время - другой. Появилось слезотечение, светобоязнь, субъективно беспокоили боли. При осмотре: около края роговицы имеется помутнение нежно-серого цвета, новообразованные сосуды, врастающие в глубокие слои роговицы в виде метёлки. Реакция Вассермана слабоположительная, резкоположительная РИБТ. (ПК-2, ПК-3)

1) Установите диагноз заболевания:

1. Сифилис плода

2. Сифилис грудного возраста
  3. ранний врожденный сифилис
  4. *поздний врожденный сифилис*
- 2) Какие достоверные признаки описаны в задаче:
1. лабиринтная глухота
  2. симптом Авситидийского
  3. *паренхиматозный кератит*
- 3) Выберите признаки, характерные для данной стадии заболевания
1. *лабиринтная глухота*
  2. *седловидный нос*
  3. симптом Систо
  4. папулезная инфильтрация Гохзингера
  5. *истинные саблевидные голени*

4. Мальчик 10 лет, страдает головными болями и расстройством речи. Отмечается деформация спинки носа (седловидный нос), высокое твёрдое небо, искривление правого мизинца. Шейки центральных верхних резцов шире режущего края на 3 мм, один зуб имеет полулунную выемку по режущему краю. (ПК-2, ПК-3)

- 1) Установите диагноз заболевания:
1. Сифилис плода
  2. Сифилис грудного возраста
  3. ранний врожденный сифилис
  4. *поздний врожденный сифилис*
- 2) Какие достоверные признаки описаны в задаче:
1. седловидный нос
  2. инфантильный мизинец Дюбуа-Гиссара
  3. *зубы Гетчинсона*
  4. симптом Систо
- 3) Выберите признаки, характерные для данной стадии заболевания
1. *симптом Авситидийского*
  2. *«готическое» небо*
  3. псевдопаралич Парро
  4. остеохондрит III степени
  5. *аксифоидия*
  6. *признак Тарновского*

5. Через неделю после случайной половой связи у больного появились скудные серозно-гнойные выделения из уретры, жжение и болезненность в начале мочеиспускания. При проведении 2-х стаканной пробы моча мутная в 1 порции. (ПК-2, ПК-3)

- 1) Установите диагноз заболевания:
1. острый трихомониаз
  2. уреаплазмоз
  3. хламидиоз
  4. генитальный герпес
  5. *гонорея*
- 2) Укажите форму заболевания:
1. *острый передний гонококковый уретрит*
  2. торпидный гонококковый уретрит
  3. тотальный уретрит
  4. тотальный аднексит
- 3) Выберите подходящую тактику ведения
1. Суламед 500 мг/сут однократно.
  2. Трихопол 1г/сут в течение 14 дней

3. Бензилпенициллина натриевая соль 1 млн. ЕД дважды в день – 14 дней.
4. *Цефтриаксон 500 мг в/м однократно.*

6. Женщина 25 лет состоит в браке 3 года. При обследовании обнаружен хронический эндоцервицит, аднексит. В мазках - лейкоцитоз, гонококк и трихомонады не обнаружены. У дочери 1,5 лет острый вульвовагинит гонорейной этиологии. (ПК-2, ПК-3)

1) Установите диагноз заболевания:

1. *гонорея*
2. бактериальный вагиноз
3. уреаплазмоз
4. сифилис
5. трихомониаз

2) Укажите форму заболевания:

1. *Восходящая*
2. Нижних отделов
3. Эпидидимит

3) Выберите подходящую тактику ведения в отношении ребенка:

1. Сумамед 500 мг/сут однократно.
2. Трихопол 1г/сут в течение 14 дней
3. Бензилпенициллина натриевая соль 1 млн. ЕД дважды в день – 14 дней.
4. *Цефтриаксон 125 мг в/м однократно.*

7. У мужчины после случайной половой связи через 3 дня появились обильные гнойные выделения из уретры. К врачу не обращался. Через 2 недели возникли учащенные позывы на мочеиспускание, боль в конце мочеиспускания. При проведении 2-х стаканной пробы моча мутная в обеих порциях. (ПК-2, ПК-3)

1) Установите диагноз заболевания:

1. Острый передний гонококковый уретрит
2. *острый тотальный гонококковый уретрит*
3. хроническая гонорея
4. паренхиматозный простатит

2) Перечислите возможные для данного заболевания осложнения:

1. *Тизонит*
2. аднексит
3. *орхоэпидидимит*
4. пельвиоперитонит

3) Выберите подходящую тактику ведения в отношении ребенка:

1. Сумамед 500 мг/сут однократно.
2. Трихопол 1г/сут в течение 14 дней
3. Бензилпенициллина натриевая соль 1 млн. ЕД дважды в день – 14 дней.
4. *Цефтриаксон 500 мг в/м однократно.*

Критерии оценки:

- «**зачтено**» - не менее 71% правильных ответов;
- «**не зачтено**» - 70% и менее правильных ответов.

### 3.5. Примерный перечень практических навыков, критерии оценки (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3)

- Методикой опроса и клинического обследования больного кожными заболеваниями и ИППП по профилю «Дерматовенерология».
- Методикой определения основных морфологических элементов сыпи.
- Методикой описания патологического процесса при различных дерматозах и ИППП.

- Методикой заполнения и ведения медицинской документации (амбулаторных карт, историй болезни, учетных форм, экстренных извещений, оформление больничных листов, оформление санаторно-курортной карты и др.).
- Методикой определения практической значимости, принципов и навыков воспроизведения основных клинико – диагностических симптомов и проб, используемых в дерматовенерологии.
- Методикой определения псориатической триады Ауспитца: симптомов «стеаринового пятна», «терминальной пленки» и «капельного кровотечения»;
- Методикой определения симптома Пильнова, Воронова
- Методикой определения изоморфной реакции кожи (феномена Кебнера);
- Методикой определения симптома Пospelова-Неймана на слизистой оболочке внутренней поверхности щек;
- Методикой определения феномена Уикхема (сетки Уикхема);
- Методикой определения кожного дермографизма;
- Методикой определения симптома «полированных ногтей»;
- Методикой определения симптома Дени-Моргана;
- Методикой определения симптома Никольского;
- Методикой определения симптома Асбо-Ганзена;
- Методикой определения симптома «груши»;
- Методикой определения симптома «яблочного желе»;
- Методикой определения симптома «проваливания зонда»;
- Методикой определения симптома Бенъе-Мещерского;
- Методикой определения симптома «медовых сот Цельса»;
- Методикой определения симптома Унны;
- Методикой определения симптома «кокарды»;
- Методикой определения симптома Горчакова – Арди;
- Методикой определения симптома «волосатого языка»;
- Методикой определения симптома «облатки»;
- Методикой определения симптома «пурпуры» (Брокка-Иванова);
- Методикой определения симптома «белой полосы» (феномен Бернгардта);
- Методикой определения симптома Ядассона
- Методикой определения симптома «четок»;
- Методикой определения симптома «стружки» (симптом Бенъе);
- Методикой определения симптома «кисета»
- Методикой определения симптома «терки»;
- Клинико-диагностические пробы (Бальцера, Ядассона, Томпсона, Минора, Мицуды, метод «диаскопии»).
- Владеть методикой забора патологического материала (с очагов на коже, крови и других) на микроскопическое исследование возбудителя (стафилококки, стрептококки, бледной трепонемы и др. бактерий)
- Владеть методикой взятия материала для исследования на клещи и выявление чесоточных ходов (метод извлечения клещей иглой; метод тонких срезов; метод послойного соскоба;
- Знать метод щелочного препарирования кожи; экспресс-диагностика чесотки с применением 40% водного раствора молочной кислоты).
- Владеть методикой забора материала для исследования на *Demodex folliculorum*.
- Методикой забора материала на выявление вшей.
- Методикой исследования функциональных свойств кожи (десквамации, пигментации, трансдермальной потери жидкости, эластичности кожи, pH кожи, себуметрии).
- Методикой забора материала и исследование на акантолитические клетки Тцанка.
- Выявление моллюсковых телец («творожистой массы») при контагиозном моллюске.
- Методикой забора материала на грибы с гладкой кожи, волос, ногтей.
- Методикой наложения влажновысыхающей повязки, примочек, компрессов.
- Методами криодеструкции, электрокоагуляции.

- Техникой взятия биопсийного материала.
- Техникой дерматоскопии.
- Техникой взятия материала на КСР, РИФ, РИБТ, РПГА.
- Техникой взятия материала на ИФА, ПЦР.
- Методами исследования на ВИЧ (ИФА, иммуноблоттинг, ПЦР).
- Проведением и интерпретацией 2-х и 3-х стаканной пробы Томпсона.
- Методикой забора материала для микроскопического, культурального и ПЦР исследования на гонококки из уретры у мужчин и женщин, а также из влагалища, цервикального канала и прямой кишки. Окраска и микроскопия гонококков по методу Грамм.
- Методикой забора материала для микроскопического, культурального и ПЦР исследования на трихомонады, хламидии, уреаплазму из уретры у мужчин и женщин, а также из влагалища, цервикального канала, прямой кишки.
- Техникой пальпации предстательной железы, массажа, взятия секрета.
- Методикой обследования простаты и семенных пузырьков.
- Методикой массажа уретры на прямом буже.
- Методикой осмотра шейки матки и прямой кишки в зеркалах.
- Методикой составления текущих и годовых отчетов о работе отделения, кабинета, оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология».
- Алгоритмом оказания неотложной помощи больным с анафилактическими (анафилактоидными) реакциями.
- Оказание неотложной помощи при травматическом шоке, при анафилактическом шоке, кровопотере, отеке Квинке, острой токсикодермии, синдроме Лайелла, синдроме Стивенса-Джонсона.

#### Критерии оценки:

- «**зачтено**» - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;

- «**не зачтено**» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

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

### **4.1. Методика проведения тестирования**

**Целью этапа** промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

#### **Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

#### **Субъекты, на которых направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

#### **Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

**Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:**

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

**Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

**Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

**Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы**

	Вид промежуточной аттестации	
	экзамен	зачет
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	30	18
Кол-во баллов за правильный ответ	1	2
Всего баллов	<b>30</b>	<b>36</b>
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	15	8
Кол-во баллов за правильный ответ	2	4
Всего баллов	<b>30</b>	<b>32</b>
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	5	4
Кол-во баллов за правильный ответ	8	8
Всего баллов	<b>40</b>	<b>32</b>
Всего тестовых заданий	<b>50</b>	<b>30</b>
Итого баллов	<b>100</b>	<b>100</b>
Мин. количество баллов для аттестации	70	70

**Описание проведения процедуры:**

Тестирование является обязательным этапом зачёта/экзамена независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете и 50 на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете и не более полутора академических часов на экзамене.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете и 50 на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете и не более полутора академических часов на экзамене.

### **Результаты процедуры:**

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено» или «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные/экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

## **4.2. Методика проведения приема практических навыков**

**Цель этапа** промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

### **Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

### **Субъекты, на которые направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

### **Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с экзаменационным собеседованием по усмотрению кафедры.

### **Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:**

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

### **Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

### **Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

### **Описание проведения процедуры:**

Оценка уровня освоения практических умений и навыков может осуществляться на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех практических занятий.

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины (модуля).

Прием практических навыков по дисциплине «Кожные и венерические болезни» происходит в отделениях КОККВД в смотровом кабинете при условии подписания пациентом добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство, осуществляется преподавателем, проводившим практические занятия. В присутствии преподавателя аспирант беседует с пациентом, выясняет жалобы, анамнез заболевания и жизни больного, проводит физикальное обследование, осмотр кожи и слизистых оболочек с описанием морфологических элементов кожной сыпи и регионарных лимфатических узлов. При необходимости проводит специфические пробы, выявление патогномичных симптомов заболевания. Аспирант должен поставить предварительный диагноз, назначить план обследования и лечения больного.

### **Результаты процедуры:**



Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено» или «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные/экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

### **Методика проведения устного собеседования**

**Целью процедуры** промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

#### **Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

#### **Субъекты, на которые направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

#### **Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с расписанием учебных занятий (если промежуточная аттестация проводится в форме зачета) либо в соответствии с приказом о проведении промежуточной аттестации (если промежуточная аттестация проводится в форме экзамена). Деканатом факультета, отделом подготовки кадров высшей квалификации может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

#### **Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:**

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

#### **Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

#### **Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

#### **Описание проведения процедуры:**

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование может проводиться по вопросам билета и (или) по ситуационной(ым) задаче(ам). Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в форме экзамена определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно», при промежуточной аттестации в форме зачёта – оценками «зачтено», «не зачтено».

**Результаты процедуры:**

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и зачётные/экзаменационные ведомости и представляются в деканат факультета, за которым закреплена образовательная программа, либо в отдел подготовки кадров высшей квалификации.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

Составитель: Рябова В.В.  
Евсеева А.Л.

Зав. кафедрой Кошкин С.В.