

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 17.01.2018
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

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

УТВЕРЖДАЮ
И.о. ректора Л.М. Железнов
« 27 » июня 2018 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»

Специальность 31.05.03 Стоматология

Направленность (профиль) ОПОП - Стоматология

Форма обучения: очная

Срок освоения ОПОП 5 лет

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

- 1) ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденного Министерством образования и науки РФ «09» февраля 2016 г., приказ № 96.
- 2) Учебного плана по специальности 31.05.03 Стоматология, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «27» июня 2018 г. протокол № 5.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

кафедрой дерматовенерологии и косметологии «27» июня 2018 г (протокол № 1)

Заведующий кафедрой С.В. Кошкин

Ученым советом стоматологического факультета «27» июня 2018 г (протокол № 7)

Председатель ученого совета факультета С.Н. Громова

Центральным методическим советом «27» июня 2018 г (протокол № 1)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

Зав. каф. дерматовенерологии и косметологии С.В. Кошкин

Ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии А.Л. Евсеева

Ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии В.В. Рябова

Рецензенты

Зав. кафедрой инфекционных болезней ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор

А.Л. Бондаренко

Главный внештатный дерматовенеролог Кировской области, зам. главного врача КОККВД по лечебной части

Т.А. Мамаева

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	5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	8
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	8
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	8
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	9
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	9
3.4. Тематический план лекций	10
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	14
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	18
3.7. Лабораторный практикум	19
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ	19
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	19
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)	19
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	20
4.2.1. Основная литература	20
4.2.2. Дополнительная литература	20
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	20
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	20
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	21
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	22
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	23
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	24

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

1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)

Цель освоения учебной дисциплины (модуля) «Дерматовенерология» состоит в создании у обучающихся теоретических и практических знаний, умений и навыков в отношении диагностики, лечения, диспансеризации, профилактики наиболее часто встречающихся кожных и венерических болезней.

1.2. Задачи изучения дисциплины.

- сформировать навыки предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- сформировать навыки диагностики неотложных состояний пациентов;
- способствовать освоению студентами методик клинического обследования больных кожными и венерическими заболеваниями;
- сформировать навыки по оформлению медицинской документации (медицинской карты стационарного или амбулаторного больного, листка нетрудоспособности, статистического талона и т.д.);
- способствовать ознакомлению студентов с принципами организации и работы лечебно-профилактических учреждений различного типа;
- способствовать формированию навыков общения с больным с учетом этики и деонтологии в зависимости от выявленной патологии и характерологических особенностей пациентов;
- сформировать навыки диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта.

1.3. Место дисциплины в структуре ОПОП:

Дисциплина «Дерматовенерология» относится к циклу Б 1. Дисциплины базовой части.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Латинский язык; Актуальные вопросы биологии; Анатомия человека – анатомия головы и шеи; Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи; Патологическая анатомия – патологическая анатомия головы и шеи; Гистология, эмбриология, цитология – гистология полости рта; Нормальная физиология – физиология челюстно-лицевой области; Патофизиология – патофизиология головы и шеи; Микробиология, вирусология – микробиология полости рта; Фармакология; Внутренние болезни, клиническая фармакология; Общая хирургия, хирургические болезни.

Является предшествующей для изучения дисциплин: Детская стоматология, Ортодонтия и детское протезирование, Челюстно-лицевая хирургия.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

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

- физические лица (далее - пациенты);
- население;
- совокупность средств и технологий, предусмотренных при оказании стоматологической помощи и направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

1.5. Виды профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к следующим видам профессиональной деятельности:

- 1) профилактическая
- 2) диагностическая

1.6. Формируемые компетенции выпускника

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

№ п/п	Номер/индекс 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	ОК-8	готовностью к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	33. Принятые в обществе моральные и правовые нормы, регламентирующие взаимоотношения врача с коллегами по работе, медицинским персоналом.	У3. Соблюдать нравственные нормы поведения в коллективе не зависимо от социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий. Выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива	В3. Навыками соблюдения принципов врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами	Реферат, Собеседование	Компьютерное тестирование, Собеседование
			35. Моральные и правовые аспекты поведения при построении взаимоотношений с врачами, средним и младшим медицинским персоналом, а также с пациентами и их родственниками.	У5. Формировать взаимоотношения в различных коллективах с учетом нравственных, правовых и социокультурных норм поведения.	В5. Приемами общения с представителями медицинского сообщества различных уровней, пациентами и их родственниками на основе этических, деонтологических, социальных правил и норм. Навыками толерантного общения с людьми различных конфессий и национальностей.		
2	ОПК-9	способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач	32. Строение, топографию и развитие клеток, тканей, органов и систем организма, их функциональные интеграции в норме и при патологии. Гистофизиологические особенности возрастные, половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма. Гистофункциональные особенности	У2. Пользоваться научной терминологией цитологии и гистологии в оценке гистофизиологического состояния органов или тканей. Давать морфологическую и гистофизиологическую характеристику изучаемых макроскопических, микроскопических препаратов и электронограмм. Интегрировать результаты световых методов	В2. Медико-функциональным понятийным аппаратом. Навыками микрофотографии и анализа морфологических, гистологических препаратов и электронных микрофотографий.	Ситуационные задачи, Практические навыки, Собеседование	Компьютерное тестирование, Ситуационные задачи, Собеседование, Практические навыки, История болезни.

			<p>тканевых элементов, методы их исследования для своевременной диагностики заболеваний.</p> <p>Нормальное гистологическое строение зубов, челюстей.</p> <p>Эмбриология зубо-челюстной области, основные нарушения эмбриогенеза</p>	<p>морфологической оценки цитологических, гистологических препаратов различных клеточных, тканевых и органных структур для выявления системных патологий.</p>			
			<p>33. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики стоматологических и общесоматических заболеваний, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики обследования и оценки функционального состояния организма</p>	<p>У3. Проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; сделать заключение о состоянии стоматологического и общесоматического здоровья</p>	<p>В3. Методами функциональной диагностики; интерпретацией результатов объективного осмотра, лабораторных, инструментальных методов диагностики</p>		
3	ПК-1	<p>способностью и готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику,</p>	<p>33. Этиологию, эпидемиологию, патогенез наиболее часто встречающихся инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний; причины и условия возникновения и распространения неинфекционных заболеваний у населения; профилактические и противоэпидемические мероприятия</p>	<p>У3. Осуществлять комплекс необходимых первичных противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных болезней; использовать инструктивно-методические документы, регламентирующие профилактическую и противоэпидемическую работу; осуществлять комплекс первичных профилактических мероприятий неинфекционных заболеваний.</p>	<p>В3. Приемами эпидемиологической диагностики приоритетных нозологических форм; правилами проведения противоэпидемических мероприятий в очаге; методами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам; методами профилактики антропонозных и зоонозных инфекций с различными путями передачи; навыками популяционной диагностики; теоретическими и методическими основами профилактики наиболее</p>	<p>Ситуационные задачи, Практические навыки, Реферат, Собеседование.</p>	<p>Компьютерное тестирование, Ситуационные задачи, Собеседование, Практические навыки, История болезни.</p>

		выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	34. Комплексную взаимосвязь между стоматологическим здоровьем, питанием, общим здоровьем, заболеваниями, применением лекарственных препаратов. Современные методы оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней. Основы профилактической медицины, направленной на сохранение здоровья населения. Профилактика основных заболеваний и пограничных состояний челюстно-лицевой области у взрослых и детей Методы профилактики зубочелюстных, лицевых аномалий у детей и взрослых Особенности профилактики онкопатологии	У4. Использовать методы первичной и вторичной профилактики стоматологических заболеваний в различных возрастных группах (на основе доказательной медицины), устанавливать причинно-следственные связи изменений стоматологического здоровья от воздействия факторов среды обитания. Проводить профилактику заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-челюстного сустава, слюнных желез	распространенных неинфекционных заболеваний. В4. Методами оценки состояния стоматологического здоровья населения различных возрастных групп. Методами организации первичной профилактики стоматологических заболеваний, формирования мотивации к поддержанию стоматологического здоровья отдельных лиц, семей и общества, в том числе, к отказу от вредных привычек, влияющих на состояние полости рта. Методами проведения мероприятий по снижению заболеваемости, включая инфекционные заболевания, инвалидизации, смертности, летальности Навыками формирования плана профилактической стоматологической помощи пациенту, назначение и выполнение профилактических процедур, подбор лекарственных препаратов для профилактики стоматологических заболеваний.		
4	ПК-5	готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-	31. Этиологию, патогенез, клиническую картину, диагностику, особенности течения и возможные осложнения часто встречающихся заболеваний, протекающих в типичной форме. Клинические проявления основных синдромов, требующих	У1. Собрать полный анамнез. Проводить физикальные исследования и интерпретировать их результаты, интерпретировать результаты первичного и повторного осмотра пациентов. Проводить общее клиническое обследование	В1. Владеть навыками получения информации от пациентов (их родственников/ законных представителей) и ее интерпретации, навыками проведения и интерпретации результатов первичного и повторного осмотра пациентов, установления	Ситуационные задачи, Практические навыки, Реферат, Собеседование.	Компьютерное тестирование, Ситуационные задачи, Собеседование,

		анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания	хирургического лечения. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных терапевтического, акушерско-гинекологического и инфекционного профиля. Взаимосвязь строения и функционирования зубочелюстной системы с нарушениями со стороны носоглотки, дыхательной и пищеварительной систем, опорно-двигательного аппарата.	детей и взрослых. Обосновывать необходимость направления пациентов на консультацию к врачам-специалистам. Определить состояние, требующее неотложной медицинской помощи.	предварительного диагноза. Навыками анкетирования пациентов на предмет общего состояния здоровья, выявления сопутствующих заболеваний. Владеть навыками направления пациентов на лабораторные, инструментальные исследования, консультацию к врачам-специалистам, дополнительные обследования и интерпретировать полученные результаты.		Практические навыки, История болезни.
--	--	--	--	--	---	--	---------------------------------------

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

Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетных единицы, 108 часов.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры	
		№ 8	
1	2	3	
Контактная работа (всего)	72	72	
в том числе:			
Лекции (Л)	20	20	
Практические занятия (ПЗ)	52	52	
Самостоятельная работа (всего)	36	36	
в том числе:			
- История болезни	7	7	
- Реферат	8	8	
- Подготовка к занятиям	7	7	
- Подготовка к текущему контролю	7	7	
- Подготовка к промежуточной аттестации	7	7	
Вид промежуточной аттестации	зачет	+	
	экзамен	контактная работа самостоятельная работа	
Общая трудоемкость (часы)	108	108	
Зачетные единицы	3	3	

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

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела (темы раздела)
1.	ОК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-5	Организация дерматовенерологической помощи в России.	<ul style="list-style-type: none"> Введение в дерматологию. Дерматологические школы. Анатомия, физиология, функция кожи, патогистология. Первичные и вторичные морфологические элементы кожи. Принципы лечения. (лекция)

		Введение в дерматологию	<ul style="list-style-type: none"> Введение в дерматологию. Анатомия, гистология и физиология кожи и СОПР. Морфологические элементы сыпи. Патогистология кожи и СОПР. Принципы лечения заболеваний кожи.
2.	ОК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-5	Дерматология	<ul style="list-style-type: none"> Дерматиты, экземы и экземоподобные реакции. (лекция) Пузырные дерматозы (истинная пузырчатка, герпетиформный дерматит Дюринга). (лекция) Дерматиты. Токсикодермии. Экзема и экземоподобные заболевания. Атопический дерматит. Схема истории болезни. Псориаз. Красный плоский лишай. Коллагенозы. Пузырные дерматозы. Заболевания слизистой оболочки полости рта.
3.	ОК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-5	Инфекционные и паразитарные болезни	<ul style="list-style-type: none"> Пиодермии. Вирусные дерматозы. Дерматологические аспекты ВИЧ. (лекция) Туберкулез кожи. Лепра. (лекция) Грибковые заболевания кожи (кератомикозы, дерматомикозы, кандидоз). (лекция) Микозы. Пиодермии. Инфекционные и вирусные дерматозы. Чесотка. Педикулез.
4.	ОК-8 ОПК-9 ПК-1 ПК-5	Венерология	<ul style="list-style-type: none"> Введение в венерологию. Сифилис первичный. (лекция) Сифилис вторичный. (лекция) Сифилис третичный и врожденный. Принципы лечения. (лекция) Гонорея мужчин. Негонококковые уретриты. Гонорея женщин и детская гонорея. (лекция) Введение в венерологию. Общее течение сифилиса. Сифилис первичный. Сифилис вторичный. Сифилис третичный и врожденный. Принципы лечения. Гонорея женщин и детская. Принципы лечения сифилиса и гонореи. Гонорея мужчин. Негонококковые уретриты. Зачетное 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
1	детская стоматология	+		+	+
2	ортодонтия и детское протезирование	+	+		+
3	челюстно-лицевая хирургия	+	+		+

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов
1	Организация дерматовенерологической помощи в России. Введение в дерматологию	2	4	-	-	3	9

2	Дерматология	4	20	-	-	17	41
3	Инфекционные и паразитарные болезни	6	8	-	-	7	21
4	Венерология	8	20	-	-	9	37
	Вид промежуточной аттестации	зачет		зачет			+
		экзамен	контактная работа				
			самостоятельная работа				
	Итого	20	52	-	-	36	108

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)
				8 сем.
1	2	3	4	5
1.	1	Введение в дерматологию. Дерматологические школы. Анатомия, физиология, функция кожи, патогистология. Первичные и вторичные морфологические элементы кожи. Принципы лечения.	Дерматовенерология как самостоятельная клиническая дисциплина, ее содержание, задачи и методы. Основные этапы развития дерматологии. Отечественная дерматологическая школа. Анатомия и физиология кожи. Эпидермис. Дерма. Подкожная жировая клетчатка. Кровеносные и лимфатические сосуды, нервно-рецепторный аппарат. Придатки кожи. Строение слизистой оболочки рта и красной каймы губ. Основные патологические процессы, проходящие в коже и слизистых оболочках. Первичные и вторичные морфологические элементы.	2
2.	2	Дерматиты, экземы и экземопоподобные реакции.	Дерматиты. Этиология, патогенез, классификация. Особенности течения и диагностики. Принципы лечения. Оказание первой помощи. Профилактика. Токсикодермии. Этиология, патогенез и классификация. Генерализованные и фиксированные токсикодермии. синдром Лайелла и др. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Профилактика. Экзема. Этиология и патогенез, классификация, клиника. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Седативные, антигистаминные и десенсибилизирующие средства. Принципы наружной терапии — примочки, пасты, мази.	2
3.	3	Пиодермии. Вирусные дерматозы. Дерматологические аспекты ВИЧ.	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:	2

			<p>антибиотикотерапия, иммуномодуляторы, наружная терапия (пасты с антибиотиками, анилиновые красители, фуцидин). Простой герпес. Этиология. Роль охлаждения, простудных заболеваний, других заболеваний, вызывающих иммунодефицитное состояние в патогенезе заболевания. Клиническая картина, понятие о рецидивирующем герпесе. Дифференциальная диагностика Герпеса. Лечение. Прогноз. Профилактика рецидивов: закаливание организма, иммуномодуляторы. Опоясывающий герпес. Этиология. Клинические симптомы, предшествующие высыпаниям. Клиника процесса, течение. Постгерпетические боли. Прогноз. Принципы лечения: ацикловир, валтрекс, интерферон, иммуномодуляторы. Папилломавирусная инфекция. Этиология. Клиническая картина. Принципы лечения: Криодеструкция, диатермокоагуляция, лазеродеструкция. ВИЧ-инфекция. Распространенность. Возбудитель, особенности его биологических свойств, клетки-мишени в организме человека. Доказанные пути заражения, группы риска. Течение ВИЧ-инфекции, инкубационный период, стадия первичных проявлений, стадия вторичных проявлений, терминальная стадия - СПИД. Заболевания кожи и слизистых оболочек как возможные маркеры ВИЧ-инфекции. Лабораторная диагностика. Профилактика.</p>	
4.	2	<p>Пузырные дерматозы (истинная пузырчатка, герпетиформный дерматит Дюринга).</p>	<p>Пузырные дерматозы: истинная пузырчатка, герпетиформный дерматоз Дюринга, буллезный пемфигоид Лёвёра. 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-</p>	2

			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.	
5.	3	Туберкулез кожи. Лепра.	Туберкулез кожи. Этиология, особенности возбудителя, эпидемиология, группы риска, классификация кожных форм туберкулезной инфекции, особенности ее течения у детей. Диагностика, туберкулинодиагностика. Принципы лечения туберкулеза кожи. Профилактика. Организация противотуберкулезной помощи населению. Вопросы диспансеризации. Лепра. Этиология, особенности возбудителя, эпидемиология, группы риска, инкубационный период, классификация кожных форм лепры, особенности ее течения у детей. Диагностика. Принципы лечения лепры. Профилактика. Тактика ведения пациентов, организация лепрозориев. Вопросы диспансеризации.	2
6.	3	Грибковые заболевания кожи (кератомикозы, дерматомикозы, кандидоз).	Кератомикозы, дерматомикозы. Отрубевидный лишай, Эпидемиология микроспории и трихофитии. Клиника микроспории, поверхностной и инфильтративно-нагноительной трихофитии. Диагностика, значение люминесцентного метода. Принципы лечения в микологическом отделении КВД. Принципы профилактики. Микозы стоп. Понятие об эпидермофитии стоп. Лечение: системные и местные противогрибковые препараты: ламизил, орунгал, низорал, лоцерил, батрафен Принципы профилактики и работа микологических кабинетов. Кандидоз. Этиология. Клиника молочницы и кандидозных заед. Дифференциальный диагноз. Представление о кандидозных паронихии и онихии, межпальцевой эрозии. Лабораторная диагностика. Лечение. Противогрибковые мази. Прогноз. Кандидоз, как один из маркеров СПИДа. Профилактика.	2
7.	4	Введение в венерологию. Сифилис первичный.	История изучения венерологии. Сифилис. Возбудитель. Общее течение, периодизация сифилиса. Классификация сифилиса. Инкубационный период. Первичный период сифилиса. Клинические проявления. Особенности клинической картины твердого шанкра в области губ,	2

			языка, десен, миндалин, переходных складок слизистой оболочки рта и их дифференциальная диагностика.	
8.	4	Сифилис вторичный.	Вторичный период сифилиса, клиника и течение. Клинические особенности пятнистого и папулезного сифилидов и их дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика сифилиса: бактериоскопическая и серологическая. Лечение сифилиса Основные принципы и современные методы лечения. Профилактика сифилиса.	2
9.	4	Сифилис третичный и врожденный. Принципы лечения.	Третичный период сифилиса (активный, скрытый). Гуммозный глоссит, гуммы в области черепа и лицевого скелета. Клиника, течение, исход. Клинические особенности бугоркового и гуммозного сифилидов на слизистых оболочках и их дифференциальная диагностика. Поражение костей, суставов, внутренних органов и нервной системы. Врожденный сифилис. Пути передачи инфекции потомству. Представление о клинике и течении раннего врожденного сифилиса. Клиника позднего врожденного сифилиса. Триада Гетчинсона: зубы Гетчинсона, паренхиматозный кератит, неврит слуховых нервов, вероятные признаки позднего врожденного сифилиса (кисетобразный рот, первые моляры и клыки, околотростовые рубцы Робинсона-Фурнье и др.)	2
10.	4	Гонорея мужчин. Негонококковые уретриты. Гонорея женщин и детская гонорея.	Гонорея. Возбудитель, его биологические свойства, пути заражения, инкубационный период. Методы этиологической и топической диагностики. Классификация. Клиника гонорейного. Профилактика (общественная и личная). Трихомониаз. Возбудитель, пути заражения, инкубационный период, лабораторная диагностика и топическая. Клиника, принципы лечения, препараты (метронидазол, тиберал, солкотриховак и др.). Общественная и личная профилактика. Хламидиоз. Возбудитель, его свойства. Распространенность, пути заражения, инкубационный период. Клиника хламидийного уретрита, конъюнктивита, артрита (болезнь Рейтера). Методы диагностики (бактериоскопический, бактериологический, иммунофлюоресцентный и др.). Принципы лечения: антибиотики (азитромицин, эритромицин, доксициклин и	2

			др.) и иммуностропные препараты (полиоксидоний, иммуомакс и др.). Клинико-лабораторный контроль. Профилактика общественная и личная.	
Итого:				20

3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)
				8 сем.
1	2	3	4	5
1.	1	Введение в дерматологию. Анатомия, гистология и физиология кожи и СОПР. Морфологические элементы сыпи. Патогистология кожи и СОПР. Принципы лечения заболеваний кожи.	Дерматовенерология как самостоятельная клиническая дисциплина, ее содержание, задачи и методы. Основные этапы развития дерматологии. Отечественная дерматологическая школа. Анатомия и физиология кожи. Эпидермис. Дерма. Подкожная жировая клетчатка. Кровеносные и лимфатические сосуды, нервно-рецепторный аппарат. Придатки кожи. Строение слизистой оболочки рта и красной каймы губ. Основные патологические процессы, проходящие в коже и слизистых оболочках. Первичные и вторичные морфологические элементы.	4
2.	2	Дерматиты. Токсикодермии.	Дерматиты. Этиология, патогенез, классификация. Особенности течения и диагностики. Принципы лечения. Оказание первой помощи. Профилактика. Токсикодермии. Этиология, патогенез, классификация. Генерализованные и фиксированные токсикодермии. синдром Лайелла и др. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Профилактика.	4
3.	2	Экзема и экземоподобные заболевания. Атопический дерматит. Схема истории болезни.	Экзема. Этиология и патогенез, классификация, клиника. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Седативные, антигистаминные и десенсибилизирующие средства. Принципы наружной терапии — примочки, пасты, мази. Атопический дерматит. Этиология, патогенез, классификация. Особенности течения и диагностики. Принципы лечения.	4
4.	2	Псориаз. Красный плоский лишай.	Псориаз. Этиология и патогенез, роль, генетической предрасположенности, стресса, фокальной инфекции. Вульгарный псориаз: клиника, излюбленная локализация, диагностическое значение триады псориазических симптомов: стадии заболевания и значение изоморфной реакции, понятие об артропатическом псориазе и псориазической эритродермии; клиническая картина вульгарного и пустулезного псориаза при локализации процесса на слизистой оболочке	4

			рта и губах. Принципы лечения. Красный плоский лишай. Патогенез, патологии желудочно-кишечного тракта в возникновении красного плоского лишая. Типичная, экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная и пузырьная формы. Патоморфология. Дифференциальный диагноз. Лечение. Седативные, антигистаминные, десенсибилизирующие препараты, кортикостероидные гормоны. Особенности лечения при локализации на слизистой оболочке рта, и роль санации зубочелюстной системы и лечения фоновых заболеваний. Профилактика, дифференциальная диагностика на слизистой оболочке рта лейкоплакии, красной волчанки и др. заболеваний.	
5.	2	Коллагенозы. Пузырные дерматозы.	Красная волчанка. Этиология и патогенез: роль аутоиммунных реакций, о патогенезе красной волчанки, а также роль экзо- и эндогенных факторов, провоцирующих заболевание. Классификация: (острая или системная и хроническая). Клиника. Хроническая красная волчанка. Клинические формы красной волчанки, диагностика, течение, прогноз. Лечение: принципы лечения в дерматологических учреждениях, санация организма, в частности полости рта, синтетические противомаларийные препараты, иммуномодуляторы, кортикостероиды: кортикостероидные и фотозащитные мази. Профилактика рецидивов. Острая красная волчанка: клиника, течение, прогноз. Склеродермия. Этиология, патогенез, классификация. Клиническая картина основных форм. Принципы диагностики и лечения. Пузырные дерматозы: истинная пузырчатка, дерматоз Дюринга, Буллезный пемфигоид Лейвера. 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.	4

			Прогноз. Принципы лечения пузырчатки кортикостероидами и цитостатиками, санация полости рта и рациональное протезирование как факторы, способствующие быстрому разрешению процесса на слизистой оболочке рта.	
6.	3	Микозы	Кератомикозы, дерматомиозы. Отрубевидный лишай, Эпидемиология микроспории и трихофитии. Клиника микроспории, поверхностной и инфильтративно-нагноительной трихофитии. Диагностика, значение люминесцентного метода. Принципы лечения в микологическом отделении КВД. Принципы профилактики. Микозы стоп. Понятие об эпидермофитии стоп. Лечение: системные и местные противогрибковые препараты: ламизил, орунгал, низорал, лоцерил, батрафен Принципы профилактики и работа микологических кабинетов. Кандидоз. Этиология. Клиника молочницы и канн-дидозных заед. Дифференциальный диагноз. Представление о кандидозных паронихии и онихии, межпальцевой эрозии. Лабораторная диагностика. Лечение. Противогрибковые мази. Прогноз. Кандидоз, как один из маркеров СПИДа. Профилактика.	4
7.	3	Пиодермии. Инфекционные и вирусные дерматозы. Чесотка. Педикулез.	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). Простой герпес. Этиология. Роль охлаждения, простудных заболеваний, других заболеваний, вызывающих иммунодефицитное состояние в патогенезе заболевания. Клиническая картина, понятие о рецидивирующем герпесе. Дифференциальная диагностика Герпеса. Лечение. Прогноз. Профилактика рецидивов: закаливание организма, иммуномодуляторы. Опоясывающий герпес. Этиология. Клинические симптомы, предшествующие высыпаниям. Клиника процесса, течение. Постгерпетические боли. Прогноз. Принципы лечения: ацикловир, валтрекс, интерферон,	4

			иммуномодуляторы. Папилломавирусная инфекция. Этиология. Клиническая картина. Принципы лечения: Криодеструкция, диатермокоагуляция, лазеродеструкция. ВИЧ-инфекция. Распространенность. Возбудитель, особенности его биологических свойств, клетки-мишени в организме человека. Доказанные пути заражения, группы риска. Течение ВИЧ-инфекции, инкубационный период, стадия первичных проявлений, стадия вторичных проявлений, терминальная стадия - СПИД. Заболевания кожи и слизистых оболочек как возможные маркеры ВИЧ-инфекции. Лабораторная диагностика. Профилактика. Чесотка. Возбудитель, эпидемиология. Клиника чесотки, принципы диагностики чесотки, принципы лечения и профилактики. Педикулез. Возбудитель. Эпидемиология. Методы лечения и профилактики заболевания.	
8.	2	Заболевания слизистой оболочки полости рта.	Слизистая оболочка полости рта. Строение и функции. Систематика заболеваний СОПР. Особенности обследования больных с заболеваниями СОПР. Травматические поражения СОПР. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Предопухолевые заболевания СОПР и губ. Лейкоплакия. Проявления ВИЧ на СОПР.	4
9.	4	Введение в венерологию. Общее течение сифилиса. Сифилис первичный.	Сифилис. Возбудитель. Общее течение, периодизация сифилиса. Классификация сифилиса. Инкубационный период. Первичный период сифилиса. Клинические проявления. Особенности клинической картины твердого шанкра в области губ, языка, десен, миндалин, переходных складок слизистой оболочки рта и их дифференциальная диагностика. Атипичные проявления и осложнения первичного периода.	4
10.	4	Сифилис вторичный.	Вторичный период сифилиса, клиника и течение. Клинические особенности пятнистого и папулезного сифилидов и их дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика сифилиса: бактериоскопическая и серологическая. Лечение сифилиса Основные принципы и современные методы лечения. Профилактика сифилиса.	4
11.	4	Сифилис третичный и врожденный. Принципы лечения.	Третичный период сифилиса (активный, скрытый). Гуммозный глоссит, гуммы в области черепа и лицевого скелета. Клиника, течение, исход. Клинические особенности бугоркового и гуммозного сифилидов на слизистых оболочках и их	4

			дифференциальная диагностика. Поражение костей, суставов, внутренних органов и нервной системы. Врожденный сифилис. Пути передачи инфекции потомству. Представление о клинике и течении раннего врожденного сифилиса. Клиника позднего врожденного сифилиса. Триада Гетчинсона: зубы Гетчинсона, паренхиматозный кератит, неврит слуховых нервов, вероятные признаки позднего врожденного сифилиса (кисетообразный рот, первые моляры и клыки, околоротовые рубцы Робинсона-Фурнье и др.)	
12.	4	Гонорея женщин и детская. Принципы лечения сифилиса и гонореи. Гонорея мужчин.	Гонорея. Возбудитель, его биологические свойства, пути заражения, инкубационный период. Методы этиологической и топической диагностики. Классификация. Клиника гонорейного. Профилактика (общественная и личная).	4
13.	4	Негонококковые уретриты.	Трихомониаз. Возбудитель, пути заражения, инкубационный период, лабораторная диагностика и топическая. Клиника, принципы лечения, препараты (метронидазол, тиберал, солкотриховак и др.). Общественная и личная профилактика. Хламидиоз. Возбудитель, его свойства. Распространенность, пути заражения, инкубационный период. Клиника хламидийного уретрита, конъюнктивита, артрита (болезнь Рейтера). Методы диагностики (бактериоскопический, бактериологический, иммунофлюоресцентный и др.). Принципы лечения: антибиотики (азитромицин, эритромицин, доксициклин и др.) и иммуностимулирующие препараты (полиоксидоний, иммуомакс и др.). Клинико-лабораторный контроль. Профилактика общественная и личная.	2
		Зачетное занятие	Оценочные средства промежуточной аттестации: - практические навыки (отработка практических навыков на пациентах, защита истории болезни); - компьютерное тестирование; - собеседование (по билету, содержащему 2 ситуационные задачи и теоретические вопросы по пройденному материалу).	2
Итого:				52

3.6. Самостоятельная работа обучающегося.

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5

1	VIII	Организация дерматовенерологической помощи в России. Введение в дерматологию	Подготовка к занятиям	1
			Подготовка к текущему контролю	1
			Подготовка к промежуточной аттестации	1
2		Дерматология	Написание истории болезни	7
			Подготовка к занятиям	3
			Подготовка к текущему контролю	3
			Подготовка к промежуточной аттестации	4
3		Инфекционные и паразитарные болезни	Написание реферата	4
			Подготовка к занятиям	1
			Подготовка к текущему контролю	1
			Подготовка к промежуточной аттестации	1
4		Венерология	Написание реферата	4
			Подготовка к занятиям	2
			Подготовка к текущему контролю	2
			Подготовка к промежуточной аттестации	1
Итого часов в семестре:				36
Всего часов на самостоятельную работу:				36

3.7. Лабораторный практикум: не предусмотрен.

3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работа – не предусмотрены учебным планом.

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 студентов IV курса специальности 31.05.03 Стоматология по самостоятельной работе по дисциплине «Дерматовенерология».*

- *Примерная тематика рефератов:*

1. Мягкий шанкр.
2. Донованоз.
3. Детская гонорея. Офтальмобленнорея.
4. Осложнения женской и мужской гонореи. Методы провокации.
5. Нейросифилис.
6. Уреаплазмоз. Микоплазмоз. Клиника, принципы диагностики и лечения.
7. Хламидиоз и болезнь Рейтера.
8. Трихомоназ. Клиника, принципы диагностики и лечения.
9. Гарднереллез. Клиника, принципы диагностики и лечения.
10. Бактериальный вагиноз: современное состояние проблемы.
11. Современное состояние лабораторной диагностики ИППП.
12. Чесотка.
13. Педикулез.
14. Себорея. Акне. Розацеа.
15. Туберкулез кожи.
16. Лепра.
17. Розовый лишай Жибера.
18. Многоформная экссудативная эритема.
19. Алопеции.
20. Дерматологические аспекты ВИЧ-инфекции.

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	Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов мед.вузов	Скрипкин Ю.К.	Москва: Медицина 2009г	55	-
2	Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для студентов	С. В. Кошкин, Т. В. Чермных	Кировская ГМА. Киров. 2009	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Дерматовенерология: учебник	ред. Е. В. Соколовский	СПб.: "СпецЛит", 2017	70	-

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	Клинико-патогенетическое значение детоксикационной функции кишечника у больных псориазом. Коррекция лактулозой.	Ермакова А. В.	Тюмень, 2008.	1	-
2	Сифилитическая инфекция на современном этапе: эпидемиология, клиника, диагностика и лечение : учебное пособие для студентов мед. Вузов.	С. В. Кошкин, Т. В. Чермных, В. В. Рябова	Кировская ГМА, 2008	77	-
3	Дерматология (атлас – справочник).	Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд.	М.: Практика, 1998	2	-

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под ред. Кубановой А.А. Москва: Деловой экспресс. 2016

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

1. www.dermatology.ru
2. www.medscape.com
3. www.cnikvi.ru
4. Dermatology Online Journal
5. www.skinatlas.com

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

Для осуществления образовательного процесса используются лекции-презентации.

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
3. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)
4. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),
5. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node 1 year Educational Renewal License от 12.07.2018, лицензии 685В-МУ\05\2018 (срок действия – 1 год),
6. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),
7. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),
8. ПО FoxitPhantomPDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016 г.

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:

- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – каб. № 406, 305, корпус 1.
- учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа – каб. № 214, 315, 417 кафедры дерматовенерологии (КОККВД, г. Киров, ул. Семашко, 2а – база практической подготовки).
- учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций – № 214, 315, 417 кафедры дерматовенерологии, конференц-зал (КОККВД, ул. Семашко, 2а – база практической подготовки).
- учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации – каб. № 214, 315, 417 кафедры дерматовенерологии, конференц-зал (КОККВД, ул. Семашко, 2а – база практической подготовки).
- помещения для самостоятельной работы – каб. № 414 (компьютерный класс), корпус 3.
- помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования – каб. № 214, 315, 417 кафедры дерматовенерологии (КОККВД, ул. Семашко, 2а – база практической подготовки).

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.

Основное учебное время выделяется на практические занятия.

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.

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (путем проведения интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплины (модуля) в форме курса, составленного на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей).

Лекции:

Лекция-презентация. Рекомендуется при изучении тем:

1. Введение в дерматологию. Дерматологические школы. Анатомия, физиология, функция кожи, патогистология. Первичные и вторичные морфологические элементы кожи. Принципы лечения.
2. Дерматиты, экземы и экземопоподобные реакции.
3. Пиодермии. Вирусные дерматозы. Дерматологические аспекты ВИЧ.
4. Пузырные дерматозы (истинная пузырчатка, герпетиформный дерматит Дюринга).
5. Туберкулез кожи. Лепра.
6. Грибковые заболевания кожи (кератомикозы, дерматомикозы, кандидоз).
7. Введение в венерологию. Сифилис первичный.
8. Сифилис вторичный.
9. Сифилис третичный и врожденный. Принципы лечения.
10. Гонорея мужчин. Негонококковые уретриты. Гонорея женщин и детская гонорея.

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, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала проводится 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 дерматовенерологии.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, отработки практических навыков на пациентах, 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: 1) Введение в дерматологию. Анатомия, гистология и физиология кожи и СОПР. Морфологические элементы сыпи. Патогистология кожи и СОПР. Принципы лечения заболеваний кожи; 2) Введение в венерологию. Общее течение сифилиса. Сифилис первичный; 3) Гонорея женщин и детская. Принципы лечения сифилиса и гонореи. Гонорея мужчин; 4) Негонококковые уретриты.

- семинар-дискуссия по темам: 1) Дерматиты. Токсикодермии; 2) Экзема и экземоподобные заболевания. Атопический дерматит, Схема истории болезни; 3) Псориаз. Красный плоский лишай; 4) Коллагенозы. Пузырные дерматозы; 5) Заболевания слизистой оболочки полости рта; 6) Сифилис вторичный; 7) Сифилис третичный и врожденный. Принципы лечения.

- конференция по теме: Микозы

- учебно-ролевая игра по теме: Пидермии. Инфекционные и вирусные дерматозы. Чесотка. Педикулез.

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Дерматовенерология» и включает подготовку к занятиям, написание рефератов, историй болезней, подготовку к текущему контролю, промежуточной аттестации.

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, оформляют истории болезни, рефераты и представляют их на занятиях. Написание реферата, учебной истории болезни 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, решения ситуационных задач, представления рефератов по темам, приема практических навыков.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием компьютерного тестирования, собеседования по ситуационным задачам и теоретическим вопросам, приема практических навыков и защиты истории болезни.

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, целесобразное 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.

Основной формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является зачет. На зачете 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 текущего контроля и 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 следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.
2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.
3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.
4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в приложении Б.

Приложение А к рабочей программе дисциплины

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины «Дерматовенерология»

Специальность 31.05.03 Стоматология
Направленность (профиль) ОПОП - Стоматология
(очная форма обучения)

Раздел 1. Организация дерматовенерологической помощи в России. Введение в дерматологию.

Тема 1.1: Введение в дерматологию. Анатомия, гистология и физиология кожи и СОПР. Морфологические элементы сыпи. Патогистология кожи и СОПР. Принципы лечения заболеваний кожи.

Цель: рассмотреть дерматовенерологию как клиническую дисциплину, изучить анатомию и гистологию кожи и придатков, слизистых оболочек, изучить основные патологические процессы в коже. Рассмотреть первичные и вторичные морфологические элементы на больных в динамике их развития.

Задачи: изучить историю развития дерматовенерологии в мире и России, рассмотреть ее задачи и методы. Изучить анатомическое и гистологическое строение кожи и ее придатков, видимых слизистых оболочек, рассмотреть разновидности патогистологических процессов в коже и морфологические элементы, которыми они проявляются, соотнести их с основными заболеваниями кожи. Рассмотреть основные принципы диагностики и лечения кожных болезней, виды топических лекарственных средств. Изучить схему описания локального статуса при кожном заболевании.

Обучающийся должен знать: гистологическое строение кожи, слизистых оболочек, придатков кожи; патофизиологию процессов воспаления, иммунного ответа, содержание дерматовенерологии, историю развития дерматовенерологии, основные дерматовенерологические школы, первичные и вторичные морфологические элементы; патологические изменения кожи при различных дерматозах, проявления на слизистой полости рта.

Обучающийся должен уметь: определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п., дерматологический статус); правильно собрать анамнез, дать характеристику высыпаний; правильно оценить и грамотно описать патологический кожный процесс; распознать первичные и вторичные элементы кожных сыпей; исследовать дермографизм; проводить дополнительные дерматологические исследования: поскабливание, витропрессию, надавливание пуговчатым зондом, пальпацию, определение чувствительности; оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;

Обучающийся должен владеть: навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации; принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Анатомия и физиология кожи. Эпидермис. Дерма. Подкожная жировая клетчатка. Кровеносные и лимфатические сосуды, 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. Основное время самостоятельной работы на занятии посвящено **работе с больными**. Такая работа заключается в самостоятельной курации больных в стационаре, а также в самостоятельном амбулаторном приеме (под контролем преподавателя). Каждый студент (или группа из 2 – 3 студентов) должен самостоятельно провести клиническое обследование больного: собрать анамнез, обследовать

больного, установить диагноз, назначить лечение, выписать рецепты. При отсутствии больных по теме используются муляжи или цветные слайды, к которым прилагается легенда в виде соответствующей истории болезни.

Во время самостоятельной работы студента с больным преподаватель следит за правильностью выполнения студентами методов обследования больного, принятых в дерматовенерологии. В случае возникновения затруднений преподаватель дает методические указания, обращая внимание на допущенные ошибки, при необходимости намечает пути рационального решения поставленной задачи. После окончания обследования больного студенты докладывают результаты своей работы. Преподаватель вносит коррективы, дополнения. В обсуждении материалов, полученных каждым студентом, участвует вся группа.

3. Решить ситуационные задачи

Задания выполняются студентами 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 студентом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. В качестве учебных задач выступают примеры, вопросы, задания, упражнения, рефераты и т. д. 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 студента, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности студентов.

Алгоритм разбора задач:

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

1. Пример задачи с разбором по алгоритму:

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?

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

2. 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?

6. На коже разгибательных поверхностей плеч, предплечий, бедер и голеней 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?

7. 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?

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

9. 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.

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

4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается обсуждение результатов курации больных, а также разбор ситуационных задач.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 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

1. Анатомическое строение эпидермиса, дермы и гиподермы.
2. Какие функции выполняет кожа?
3. Анатомические и физиологические особенности кожи у детей и лиц пожилого и старческого возраста.
4. Что относится к придаткам кожи?
5. Назовите первичные морфологические элементы.
6. Назовите вторичные морфологические элементы.

Какие патогистологические изменения в коже наблюдаются при дерматозах?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. К первичным морфологическим элементам относятся

- А. пузырь
- Б. эрозия
- В. волдырь
- Г. пигментация
- Д. бугорок

2. К вторичным морфологическим элементам относятся:

- А. узелок
- Б. лихенификация
- В. язва
- Г. пятно
- Д. экскориация

3. Морфологический элемент при крапивнице:

- А. папула
- Б. экскориация
- В. пятно
- Г. волдырь
- Д. пузырь

4. Язва возникает при разрешении:

- А. пузыря
- Б. бугорка
- В. гнойничка
- Г. волдыря
- Д. узла

5. При образовании волдыря возникают

- А. инфильтрация дермы

Б. отек сосочкового слоя дермы

Ответы: 1 - а,в,д; 2 - б,в,д; 3 - г; 4 - б,д; 5 - б; 6 - а; 7 - д; 8 - д.

3) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

- В. расширение сосудов
- Г. акантоз
- Д. правильно а) и в)

6. Спонгиоз - это

- А.

скопление в межклеточных щелях отечной жидкости

- Б. раздвижение эпителиальных клеток
- В. растягивание межклеточных мостиков и разрыв межклеточных связей
- Г. формирование микровезикул
- Д. все перечисленное

7. Клиническая оценка кожной сыпи предусматривает все перечисленное, кроме

- А. определения характера сыпи (воспалительная или не воспалительная)

- Б. распространенности процесса
- В. локализации
- Г. определения морфологических элементов

- Д. определения кожных сосудистых реакций

8. Осмотр больного кожным заболеванием предусматривает оценку

- А. тургора кожи
- Б. цвета кожи
- В. воспалительных и не воспалительных изменений кожи
- Г. состояния придатков кожи
- Д. всего перечисленного

1. Составить таблицу по морфологическим элементам сыпей
2. Составить схему лекарственных форм для наружного применения
3. Нарисовать схему строения кожи.
5. Курация больных.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов мед.вузов - Москва: Медицина 2009г
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных. Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для студентов. Кировская ГМА. Киров. 2009 г.
3. Е.В. Соколовский Дерматовенерология: учебник - ООО «Издательство «СпецЛит» 2017 г.

Дополнительная:

1. Ермакова А. В. Клинико-патогенетическое значение детоксикационной функции кишечника у больных псориазом. Коррекция лактулозой - Тюмень, 2008
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных, В. В. Рябова Сифилитическая инфекция на современном этапе: эпидемиология, клиника, диагностика и лечение: учебное пособие для студентов мед. вузов. - Кировская ГМА, 2008
3. Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд Дерматология (атлас – справочник) - Мак-Гроу-Хилл- «Практика», 2007.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под ред. Кубановой А.А. - Москва: Деловой экспресс. 2016.

Раздел 2. Дерматология.

Тема 2.1: Дерматиты. Токсикодермии.

Цель: изучить классификацию дерматитов, причины их возникновения, рассмотреть принципы их терапии в зависимости от этиологии.

Задачи: рассмотреть классификацию аллергодерматозов: дерматитов, токсикодермий, научиться проводить дифференциальный диагноз простого и аллергического контактного дерматита, аллергического дерматита и токсикодермии, изучить основные методы общего и местного лечения. Рассмотреть клинические проявления аллергодерматозов на больных в динамике их развития.

Обучающийся должен знать: классификацию аллергодерматозов и особенности их течения, принципы диагностики и дифференциальной диагностики аллергодерматозов, тактику врача и принципы терапии аллергодерматозов.

Обучающийся должен уметь: определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п., дерматологический статус); правильно собрать анамнез, дать характеристику высыпаний; правильно оценить и грамотно описать патологический кожный процесс; распознать первичные и вторичные элементы кожных сыпей; выделить основные симптомы и синдромы; исследовать дермографизм; проводить дополнительные дерматологические исследования: поскобливание, витропрессию, надавливание пуговчатым зондом, пальпацию, определение чувствительности; провести дифференциальный диагноз; оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;

Обучающийся должен владеть: навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации; принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; навыками постановки предварительного диагноза; алгоритмом развернутого клинического диагноза

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Дерматиты. Этиология, патогенез, классификация. Особенности течения и диагностики. Принципы лечения. Оказание первой помощи. Профилактика.
- Токсикодермии. Этиология, патогенез, классификация. Генерализованные и фиксированные токсикодермии. синдром Лайелла и др. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Профилактика.
- Седативные, антигистаминные и десенсибилизирующие средства. Принципы наружной терапии — примочки, пасты, мази..

2. Практическая работа.

1) провести курацию больных в стационаре.

2) Цель работы: навыки сбора анамнеза, описания локального статуса, проведения специальных дерматологических методов исследования (витропрессии, исследования дермографизма и т.д.)

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): каждый студент (или группа из 2 – 3 студентов) должен самостоятельно провести клиническое обследование больного: собрать анамнез, обследовать больного, установить диагноз, назначить лечение, выписать рецепты. При отсутствии больных по теме используются муляжи или цветные слайды, к которым прилагается легенда в виде соответствующей истории болезни.

Во время самостоятельной работы студента с больным преподаватель следит за правильностью выполнения студентами методов обследования больного, принятых в дерматовенерологии. В случае возникновения затруднений преподаватель дает методические указания, обращая внимание на допущенные ошибки, при необходимости намечает пути рационального решения поставленной задачи. После окончания обследования больного студенты докладывают результаты своей работы. Преподаватель вносит коррективы, дополнения. В обсуждении материалов, полученных каждым студентом, участвует вся группа.

3. Решить ситуационные задачи

Задания выполняются студентами 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 студентом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. В качестве учебных задач выступают примеры, вопросы, задания, упражнения, рефераты и т. д. 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 студента, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности студентов.

Алгоритм разбора задач:

- описать локальный статус;
- установить клинический диагноз,
- обосновать диагноз,
- назначить план обследования и лечения.

1. 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 гиперемированной 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. Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

2. 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 гиперемированной 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 границ. 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 сопровождались 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?

4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается обсуждение результатов курации больных, а также разбор ситуационных задач.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 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

1. Какие этиологические факторы наиболее часто выявляются у больных дерматитом?
2. Главные клинические признаки простого дерматита?
3. Почему при простом дерматите кожные пробы с этиологическим фактором отрицательные?
4. В каких случаях в лечении дерматита применяют кортикостероиды?
5. Перечислите главные клинические признаки токсикодермий.
6. Назовите наиболее тяжело протекающие формы токсикодермий.
7. Принципы лечения больных токсикодермий.
8. Какие патогистологические изменения в коже наблюдаются при дерматозах?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. В ответ на воздействие концентрированной серной кислоты возникает:

1. Простой контактный дерматит
2. Аллергический контактный дерматит
3. Токсикодермия
4. Экзема
5. Пиодермия

2. Причиной возникновения простого контактного дерматита являются:

1. Щелочи высокой концентрации
2. Лекарственные вещества
3. Боевые отравляющие вещества
4. Лакокрасочные изделия
5. Действие высоких температур

3. Для простого контактного дерматита характерно:

1. Сенсibilизация организма
2. Воздействие облигатного раздражителя
3. Распространенный процесс
4. Локализация только на месте действия раздражителя
5. Воздействие факультативного раздражителя

4. У больного после внутримышечного введения пенициллина появилась розеолезно-уртикарная сыпь. Какой диагноз поставите?

1. Токсикодермия
2. Аллергический дерматит
3. Крапивница
4. Экзема
5. Кожный зуд

5. Какие заболевания относятся к простому контактному дерматиту?

1. Потертость
2. Токсикодермия
3. Патомимия
4. Себорея
5. Потница

6. Для аллергического контактного дерматита характерны:

1. Наличие сенсibilизации
2. Распространение высыпаний за пределы действия аллергена
3. Зуд
4. Слабый полиморфизм высыпаний
5. Преобладание высыпаний на открытых участках кожного покрова

7. Для токсикодермии характерно поступление аллергена через:

1. Дыхательные пути
2. Кожу
3. Желудочно-кишечный тракт
4. Придатки кожи
5. Парентерально

8. Какие заболевания относятся к токсикодермиям?

1. Опрелость
2. Фиксированная эритема
3. Патомимия
4. Йододерма
5. Потница

Ответы: 1- 1; 2 – 1, 3, 5; 3- 2, 4; 4 – 1; 5 – 1, 3, 5; 6 – 1, 2, 3, 4, 5; 7 – 1, 3, 5; 8 – 2, 4.

3) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

1. Решить ситуационные задачи.

1. Больной обратился с жалобами на высыпания на коже тыльной поверхности кистей, зуд и жжение в местах высыпаний. Из анамнеза выяснено, что по поводу ангины больной в течение 3-х дней принимал сульфаниламиды. При осмотре: на коже тыла обеих кистей пятна темно-красного цвета с синюшным оттенком в центре, размерами от 3 до 5 см в диаметре, с чёткими границами.
2. У женщины через 2 часа после стирки белья с использованием синтетических моющих средств появились высыпания на коже кистей, сопровождающиеся жжением и зудом. Объективно: кожа кистей отёчна, гиперемирована. Границы эритемы чёткие.
3. У больной при подготовке к операции и после операции операционное поле смазывалось 2% настойкой йода. Через 2 дня на месте нанесения йода возникла эритема и мелковезикулёзная сыпь, сопровождающаяся зудом.
 2. Составить таблицу сравнительной характеристики дерматитов.
 3. Провести дифференциальный диагноз аллергического контактного дерматита и токсикодермии.
 4. Провести дифференциальный диагноз аллергического контактного дерматита и простого контактного дерматита
 5. Курация больных.
 6. Выписать рецепты для наружного лечения.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов мед.вузов - Москва: Медицина 2009г
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных. Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для студентов. Кировская ГМА. Киров. 2009 г.
3. Е.В. Соколовский Дерматовенерология: учебник - ООО «Издательство «СпецЛит» 2017 г.

Дополнительная:

1. Ермакова А. В. Клинико-патогенетическое значение детоксикационной функции кишечника у больных псориазом. Коррекция лактулозой - Тюмень, 2008
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных, В. В. Рябова Сифилитическая инфекция на современном этапе: эпидемиология, клиника, диагностика и лечение: учебное пособие для студентов мед. вузов. - Кировская ГМА, 2008
3. Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд Дерматология (атлас – справочник) - Мак-Гроу-Хилл- «Практика», 2007.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под ред. Кубановой А.А. - Москва: Деловой экспресс. 2016.

Тема 2.2: Экзема и экземопоподобные заболевания. Атопический дерматит. Схема истории болезни.

Цель: Изучить классификацию экзем, атопического дерматита, рассмотреть их клинические проявления и принципы терапии. Изучить схему написания учебной истории болезни.

Задачи: рассмотреть классификацию экзем в зависимости от этиологического фактора и по стадиям течения, рассмотреть классификацию атопического дерматита: стадии течения, клинические формы, научиться проводить дифференциальный диагноз различных видов экзем между собой и с ранее изученными заболеваниями кожи, изучить основные методы общего и местного лечения: применение антигистаминных препаратов, мембраностабилизаторов, принципы применения примочек, кремов, мазей, профилактику обострений аллергодерматозов. Рассмотреть клинические проявления аллергодерматозов на больных в динамике их развития.

Обучающийся должен знать: классификацию аллергодерматозов и особенности их течения, принципы диагностики и дифференциальной диагностики аллергодерматозов, тактику врача и принципы терапии аллергодерматозов.

Обучающийся должен уметь: определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п., дерматологический статус); правильно собрать анамнез, дать характеристику высыпаний; правильно оценить и грамотно описать патологический кожный процесс; распознать первичные и вторичные элементы кожных сыпей;

выделить основные симптомы и синдромы; исследовать дермографизм; проводить дополнительные дерматологические исследования: поскобливание, витропрессию, надавливание пуговчатым зондом, пальпацию, определение чувствительности; провести дифференциальный диагноз; оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;

Обучающийся должен владеть: навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации; принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; навыками постановки предварительного диагноза; алгоритмом развернутого клинического диагноза

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Экзема. Этиология и патогенез, классификация, клиника. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
- Нейродермит. Этиология, патогенез, классификация. Особенности течения и диагностики. Принципы лечения.
- Седативные, антигистаминные и десенсибилизирующие средства. Принципы наружной терапии — примочки, пасты, мази.

2. Практическая работа.

1) провести курацию больных в стационаре.

2) Цель работы: навыки сбора анамнеза, описания локального статуса, проведения специальных дерматологических методов исследования (витропрессии, исследования дермографизма и т.д.)

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): каждый студент (или группа из 2 – 3 студентов) должен самостоятельно провести клиническое обследование больного: собрать анамнез, обследовать больного, установить диагноз, назначить лечение, выписать рецепты. При отсутствии больных по теме используются муляжи или цветные слайды, к которым прилагается легенда в виде соответствующей истории болезни.

Во время самостоятельной работы студента с больным преподаватель следит за правильностью выполнения студентами методов обследования больного, принятых в дерматовенерологии. В случае возникновения затруднений преподаватель дает методические указания, обращая внимание на допущенные ошибки, при необходимости намечает пути рационального решения поставленной задачи. После окончания обследования больного студенты докладывают результаты своей работы. Преподаватель вносит коррективы, дополнения. В обсуждении материалов, полученных каждым студентом, участвует вся группа.

Схема истории болезни:

- паспортные данные;
- жалобы (на момент курации);
- анамнез заболевания;
- анамнез жизни;
- объективное обследование (подробное описание соматического статуса);
- специальный статус (патологический кожный процесс: распространенность, характер воспаления, локализация, симметричность, характер сыпи, первичные и вторичные морфологические элементы с подробной характеристикой);
- специальные дерматологические исследования (дерматологические симптомы и дермографизм);
- лабораторные данные;
- диагноз и его обоснование;
- дифференциальный диагноз;
- этиология и патогенез с указанием ведущей причины развития болезни у данного пациента;
- лечение с выписыванием рецептов на лекарственные формы для наружного применения;
- дневник;
- эпикриз с указанием прогноза и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию, диспансерному наблюдению.

3. Решить ситуационные задачи

Задания выполняются студентами 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 студентом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. В качестве учебных задач выступают примеры, вопросы, задания, упражнения, рефераты и т. д. 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 студента, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности студентов.

Алгоритм разбора задач:

- описать локальный статус;
- установить клинический диагноз,
- обосновать диагноз,
- назначить план обследования и лечения.

1. Пример задачи с разбором по алгоритму:

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?

Ответ: Локальный статус описан в условии задачи. Диагноз: хроническая истинная дисгидротическая экзема, стадия обострения. Данный диагноз установлен на основании: болен около трех лет, очередное обострение на фоне нервного стресса; патогномичный симптом «серозных колодцев», нет четких границ, поражения симметричные. В анамнезе указано заболевание ЖКТ.

2. Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. 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?
2. 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.
3. 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?
4. 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 обсуждение результатов курации больных, а также разбор ситуационных задач.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 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

1. Клинические признаки микробной экземы.
2. Признаки профессиональной экземы.
3. Клинические симптомы истинной экземы.
4. Назовите типичные места локализации себорейной экземы.
5. Перечислите средства наружного лечения острой стадии экземы.

3) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

1. Решить ситуационные задачи.

1. У женщины 35 лет после стрессовой ситуации внезапно возникла яркая эритема, отёчность кожи лица и шеи, на этом фоне – множественные везикулёзные высыпания, мокнутие, «серозные колодцы». Поражение симметричное, без чётких границ. Субъективно сопровождается жжением и умеренным зудом. Подобные высыпания ранее наблюдались дважды.
2. У больного, длительно страдающего варикозным расширением вен и трофической язвой голени, через 2 дня после наложения на язву синтомициновой эмульсии появилась яркая эритема, отёчность и мокнутие вокруг язвы, множество микроэрозий с гнойным отделяемым. Беспокоит сильный зуд.
3. На приём обратилась женщина 36 лет с жалобами на сильный зуд кожи шеи. Объективно: на коже задней поверхности шеи (граница с волосистой частью головы) очаг лихенификации размерами 4 x 7 см, неправильных очертаний, по периферии которого мелкие бледно-розового цвета папулы. В области очага имеются линейные эскориации. Из анамнеза выяснено, что пациентка страдает язвенной болезнью желудка.
4. У юноши 18 лет во время экзаменационной сессии появился сильный зуд по всему кожному покрову. При осмотре: в области локтевых и подколенных ямок, лучезапястных суставов очаги гиперемии с инфильтрацией, лихенизация, множественные линейные и точечные эскориации. Кожа лица гиперемирована, отмечается шелушение в области век, хейлит. Из анамнеза выяснено, что подобные высыпания появляются ежегодно в осенне-зимний период, в детстве был диатез.
5. На прием обратилась девушка 20 лет, больна в течение 3-х лет. Объективно: на коже лица, за ушными раковинами, коже груди очаги неяркой гиперемии округлой формы, покрытые жирными желтыми чешуйками. В носогубных и носощёчных складках милиарные папулы желтовато-бурого цвета, шелушение. Субъективно выражен интенсивный зуд
 2. Составить таблицу сравнительной характеристики дерматитов.
 3. Провести дифференциальный диагноз идиопатической и микробной экземы.
 4. Выписать рецепты для наружного лечения.
 5. Написание истории болезни.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов мед.вузов - Москва: Медицина 2009г
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных. Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для студентов. Кировская ГМА. Киров. 2009 г.
3. Е.В. Соколовский Дерматовенерология: учебник - ООО «Издательство «СпецЛит» 2017 г.

Дополнительная:

1. Ермакова А. В. Клинико-патогенетическое значение детоксикационной функции кишечника у больных псориазом. Коррекция лактулозой - Тюмень, 2008
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных, В. В. Рябова Сифилитическая инфекция на современном этапе: эпидемиология, клиника, диагностика и лечение: учебное пособие для студентов мед. вузов. - Кировская ГМА, 2008
3. Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд Дерматология (атлас – справочник) - Мак-Гроу-Хилл- «Практика», 2007.

Тема 2.3.: Псориаз. Красный плоский лишай.

Цель: изучить классификацию и клинику псориаза и КПЛ, научиться описывать локальный статус при этих заболеваниях, провести курацию пациентов.

Задачи: рассмотреть теории возникновения псориаза, изучить его классификацию, клиническую картину, дерматологический статус, возможные осложнения, принципы наружной и общей терапии, физиотерапии, санаторно-курортного лечения; рассмотреть теории возникновения красного плоского лишая, изучить его классификацию, клиническую картину, дерматологический статус, принципы наружной и общей терапии. Рассмотреть клинические проявления данных дерматозов на больных в динамике их развития.

Обучающийся должен знать: этиологию, классификацию, течение псориаза, принципы терапии; этиологию, классификацию, течение красного плоского лишая, проявления на слизистых оболочках, дифференциальный диагноз, принципы терапии.

Обучающийся должен уметь: определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п., дерматологический статус); правильно собрать анамнез, дать характеристику высыпаний; правильно оценить и грамотно описать патологический кожный процесс; распознать первичные и вторичные элементы кожных сыпей; выявить причинные, провоцирующие и способствующие факторы; выделить основные симптомы и синдромы; исследовать дермографизм; проводить дополнительные дерматологические исследования: поскабливание, витропрессию, надавливание пуговчатым зондом, пальпацию, определение чувствительности; провести дифференциальный диагноз; оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; составить план лечения больного (режим, диета, медикаменты, физиотерапия и др.) с учетом индивидуального диагноза, показаний и противопоказаний для каждого метода лечения; выписать рецепты на лекарственные средства и основные лекарственные формы для наружного применения, показанные данному пациенту; оценить эффективность лечения, установить возможные проявления нежелательного побочного действия лекарств и меры их предупреждения и устранения; сформулировать ближайший и отдаленный прогноз. Дать указания для дальнейшего, в том числе амбулаторного лечения; рекомендовать меры вторичной профилактики (коррекция факторов риска, провоцирующих и способствующих факторов);

Обучающийся должен владеть: навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации; принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; навыками постановки предварительного диагноза; алгоритмом развернутого клинического диагноза.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Псориаз. Этиология и патогенез, роль генетической предрасположенности, стресса, фокальной инфекции.
- Вульгарный псориаз: клиника, излюбленная локализация, диагностическое значение триады псориатических симптомов: стадии заболевания и значение изоморфной реакции. П
- онятие об артропатическом псориазе и псориатической эритродермии; клиническая картина вульгарного и пустулезного псориаза при локализации процесса на слизистой оболочке рта и губах.
- Принципы лечения.
- Красный плоский лишай. Патогенез, патологии желудочно-кишечного тракта в возникновении красного плоского лишая.
- Типичная, экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная и пузырьная формы. Патоморфология. Дифференциальный диагноз.
- Лечение. Седативные, антигистаминные, десенсибилизирующие препараты, кортикостероидные гормоны. Особенности лечения при локализации на слизистой оболочке рта, и роль санации зубочелюстной системы и лечения фоновых заболеваний. Профилактика, дифференциальная диагностика на слизистой оболочке рта лейкоплакии, красной волчанки и др. заболеваний.

2. Практическая работа.

1) провести курацию больных в стационаре.

2) Цель работы: навыки сбора анамнеза, описания локального статуса, проведения специальных дерматологических методов исследования (витропрессии, исследования дермографизма и т.д.)

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): каждый студент (или группа из 2 – 3 студентов) должен самостоятельно провести клиническое обследование больного: собрать анамнез, обследовать больного, установить диагноз, назначить лечение, выписать рецепты. При отсутствии больных по теме используются муляжи или цветные слайды, к которым прилагается легенда в виде соответствующей истории болезни.

Во время самостоятельной работы студента с больным преподаватель следит за правильностью выполнения студентами методов обследования больного, принятых в дерматовенерологии. В случае возникновения затруднений преподаватель дает методические указания, обращая внимание на допущенные ошибки, при необходимости намечает пути рационального решения поставленной задачи. После окончания обследования больного студенты докладывают результаты своей работы. Преподаватель вносит коррективы, дополнения. В обсуждении материалов, полученных каждым студентом, участвует вся группа.

Оформление истории болезни, схема дифференциальной диагностики псориаза и КПЛ. Псориаза и атопического дерматита.

3. Решить ситуационные задачи

Задания выполняются студентами 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 студентом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. В качестве учебных задач выступают примеры, вопросы, задания, упражнения, рефераты и т. д. 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 студента, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности студентов.

Алгоритм разбора задач:

- описать локальный статус;
- установить клинический диагноз,
- обосновать диагноз,
- назначить план обследования и лечения.

1. Пример задачи с разбором по алгоритму:

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.

Ответ: Локальный статус описан в условии задачи. Также описана псориазическая триада как специальный метод диагностики. Диагноз: Псориаз, прогрессирующая стадия, летний тип, папулезно-бляшечная форма.

Данный диагноз установлен на основании соответствующих жалоб, анамнеза, клинической картины. Лечение: дезинтоксикация, витаминотерапия (вит А, Е, вит группы В – в стационарную стадию), местно – мази с кератолитическим эффектом (салициловая мазь 0,5%), использование гормональных мазей, Дайвобет на ограниченные участки кожи. Физиотерапия. Бальнеотерапия после стационарного лечения.

2. 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, околосуставной 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. Больная К., 23 лет, жалуется на появление высыпаний на коже туловища. Субъективных жалоб нет. Заболевание связывает с переохлаждением. Объективно: на боковых поверхностях туловища, живота имеются овальной формы розово-красного цвета пятна размером 0,8 x 0,4 см, своим длинником пятна расположены

параллельно ребрам. На животе пятно размером 2,5 x 1,5 см, которое, как отмечает больная, появилось за неделю до обильных высыпаний. В центре пятен отмечается шелушение в виде смятой папиросной бумаги. Поставьте диагноз и назначьте лечение больной.

4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается обсуждение результатов курации больных, а также разбор ситуационных задач.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 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

1. Какие патогенетические факторы наиболее часто выявляются у больных псориазом?
2. Что является главным клиническим признаком при псориазе? Перечислите триаду псориатических феноменов, которая выявляется при поскабливании папул.
3. Для чего необходимо определить стадию псориаза?
4. Основные принципы лечения больных псориазом.
5. На чем основана вирусная и генетическая теория этиологии псориаза?
6. Как обосновать псориатическую триаду симптомов с позиций патогистологических изменений в коже?
7. Назовите наиболее тяжело протекающие формы псориаза.
8. Почему диф.диагностику псориаза следует проводить с красным плоским лишаем и папулезным сифилидом?
9. При каких формах псориаза и в какой стадии болезни целесообразно в комплексном лечении применять УФО?
10. Как обосновать применение ингаляции интерферона в комплексном лечении больных псориазом?
11. В каких случаях допустимо применение в лечении псориаза цитостатических препаратов?
12. Почему в прогрессирующей стадии псориаза для наружного лечения применяют только 2% салициловую мазь?
13. Какие патогенетические факторы наиболее часто выявляются у больных КПЛ?
14. С какими заболеваниями следует дифференцировать типичные формы КПЛ на коже и слизистых оболочках полости рта?
15. Какие клинические признаки необходимо знать для постановки диагноза КПЛ?
16. Почему нейрогенный фактор считается одной из причин КПЛ?
17. Почему типичные высыпания КПЛ следует дифференцировать на коже с псориазом, на слизистых оболочках полости рта – с лейкоплакией?
18. Почему для лечения ряда больных КПЛ применяют антибиотики?

Какие патогистологические изменения в коже наблюдаются при дерматозах?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (выбрать 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. Какие теории имеют место в патогенезе псориаза?

1. Наследственная
2. Неврогенная
3. Обменная
4. Инфекционно-аллергическая
5. Эндокринная

2. В патогенезе каких заболеваний играет роль сезонный фактор?

1. Псориаз
2. Пиодермия
3. Красный плоский лишай
4. Розовые угри

5. Чесотка

3. Какие стадии различают в процессе развития псориаза?

1. Прогрессивную
2. Острую
3. Стационарную
4. Подострую
5. Регрессирующую

4. Первичным морфологическим элементом при псориазе является:

1. Папула
2. Везикула

3. Волдырь
4. Бугорок
5. Пустула

5. Какие формы псориаза различают в зависимости от размера папул?

1. Каплевидный
2. Аннулярный
3. Точечный
4. Диффузный
5. Фигурный (географический)

6. Какие папулы в зависимости от размера могут встречаться при псориазе?

1. Милиарные
2. Эпидермальные
3. Нуммулярные
4. Дермальные
5. Бляшки

7. Какими характеристиками обладают папулы при псориазе?

1. Округлые
2. Полигональные
3. Обладают периферическим ростом
4. Блестят
5. Покрываются серебристо-белыми чешуйками

8. Какими клиническими характеристиками обладают папулы при типичной форме красного плоского лишая на слизистой полости рта?

1. Серовато-белый цвет
2. Располагаются изолированно
3. Почти не возвышаются над уровнем слизистой
4. Имеют фиолетовый оттенок
5. Сливаются, образуя сетку, кольца, дуги

Ответы

1-5, 2-3, 3-3, 4-1, 5-3, 6-3, 7-3, 8-3, 9-2, 10-3, 11-2.

3) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

1. Решить ситуационные задачи.

1. 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.
2. 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, колец, сетки. Периодически в местах высыпаний появляются эрозии. При этом отмечаются субъективные ощущения в виде жжения и боли.
3. 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-

9. Какими характеристиками обладают проявления красного плоского лишая на слизистой полости рта при экссудативно-геморрагической форме?

1. Воспалительные розовые папулы на фоне нормальной слизистой
2. Выражена воспалительная реакция слизистой оболочки
3. Папулы, сливаясь, образуют вид сетки или «листьев папоротника» ярко-красного цвета
4. Серовато-белый узор из папул на фоне застойной гиперемии
5. Папулы не видны из-за выраженной воспалительной реакции слизистой

10. Какими характеристиками обладают проявления красного плоского лишая на слизистой полости рта при эрозивно-язвенной форме?

1. Выражены воспаление и отек
2. Эрозии и язвы располагаются по периферии очага
3. Эрозии и язвы располагаются в центре очага
4. Не характерно воспаление слизистой вокруг эрозированных папул
5. Наличие типичных папул по периферии очага

11. При лечении красного плоского лишая на слизистой полости рта применяются:

1. Антибиотики
2. Кортикостероиды
3. Цитостатики
4. Кортикостероиды в сочетании с далагидом
5. Цитостатики в сочетании с антибиотиками

синюшного цвета, на их поверхности местами серебристые чешуйки, кое-где корко-чешуйки. На местах расчесов – свежие мелкие красно-синюшные папулы.

4. 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
 2. Составить таблицу дифференциального диагноза псориаза и КПЛ, псориаза и атопического дерматита.
 3. Написание истории болезни
 4. Выписать рецепты для наружного лечения.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов мед.вузов - Москва: Медицина 2009г
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных. Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для студентов. Кировская ГМА. Киров. 2009 г.
4. Е.В. Соколовский Дерматовенерология: учебник - ООО «Издательство «СпецЛит» 2017 г.

Дополнительная:

1. Ермакова А. В. Клинико-патогенетическое значение детоксикационной функции кишечника у больных псориазом. Коррекция лактулозой - Тюмень, 2008
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных, В. В. Рябова Сифилитическая инфекция на современном этапе: эпидемиология, клиника, диагностика и лечение: учебное пособие для студентов мед. вузов. - Кировская ГМА, 2008
3. Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд Дерматология (атлас – справочник) - Мак-Гроу-Хилл- «Практика», 2007.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под ред. Кубановой А.А. - Москва: Деловой экспресс. 2016.

Тема 2.4: Коллагенозы. Пузырные дерматозы.

Цель: Изучить классификацию и клинические проявления коллагенозов и пузырных дерматозов, рассмотреть особенности ведения таких пациентов, назначение специфической терапии. Провести курацию больных.

Задачи: рассмотреть этиологические факторы, патогенез, клиническое течение и классификацию коллагенозов, условия перехода кожных форм в системные, принципы терапии, профилактики коллагенозов. Изучить этиологию, классификацию, клиническое течение пузырных дерматозов, связь с соматическими заболеваниями, врожденными состояниями, принципы диагностики и терапии, профилактики осложнений заболевания и терапии.

Обучающийся должен знать: этиологические факторы, патогенез, клиническое течение и классификацию коллагенозов, условия перехода кожных форм в системные, принципы терапии, профилактики коллагенозов; этиологию, классификацию, клиническое течение пузырных дерматозов, связь с соматическими заболеваниями, врожденными состояниями, принципы диагностики и терапии, профилактики осложнений заболевания и терапии.

Обучающийся должен уметь: определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п., дерматологический статус); правильно собрать анамнез, дать характеристику высыпаний; правильно оценить и грамотно описать патологический кожный процесс; распознать первичные и вторичные элементы кожных сыпей; выявить причинные, провоцирующие и способствующие факторы; выделить основные симптомы и синдромы; исследовать дермографизм; проводить дополнительные дерматологические исследования: поскабливание, витропрессию, надавливание пуговчатым зондом, пальпацию, определение чувствительности; провести дифференциальный диагноз; оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; составить план лечения больного (режим, диета, медикаменты, физиотерапия и др.) с учетом индивидуального диагноза, показаний и противопоказаний для каждого метода лечения; выписать

рецепты на лекарственные средства и основные лекарственные формы для наружного применения, показанные данному пациенту; оценить эффективность лечения, установить возможные проявления нежелательного побочного действия лекарств и меры их предупреждения и устранения; сформулировать ближайший и отдаленный прогноз. Дать указания для дальнейшего, в том числе амбулаторного лечения; рекомендовать меры вторичной профилактики (коррекция факторов риска, провоцирующих и способствующих факторов).

Обучающийся должен владеть: навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации; принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; навыками постановки предварительного диагноза; алгоритмом развернутого клинического диагноза.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Красная волчанка. Этиология и патогенез: роль аутоиммунных реакций, о патогенезе красной волчанки, а также роль экзо- и эндогенных факторов, провоцирующих заболевание.
- Классификация: (острая или системная и хроническая). Клиника. Хроническая красная волчанка. Клинические формы красной волчанки, диагностика, течение, прогноз.
- Лечение: принципы лечения в дерматологических учреждениях, санация организма, в частности полости рта, синтетические противомаларийные препараты, иммуномодуляторы, кортикостероиды: кортикостероидные и фотозащитные мази. Профилактика рецидивов.
- Острая красная волчанка: клиника, течение, прогноз.
- Склеродермия. Этиология, патогенез, классификация. Клиническая картина основных форм. Принципы диагностики и лечения.
- 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.

2. Практическая работа.

1) провести курацию больных в стационаре.

2) Цель работы: навыки сбора анамнеза, описания локального статуса, проведения специальных дерматологических методов исследования (витропрессии, исследования дермографизма и т.д.)

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): каждый студент (или группа из 2 – 3 студентов) должен самостоятельно провести клиническое обследование больного: собрать анамнез, обследовать больного, установить диагноз, назначить лечение, выписать рецепты. При отсутствии больных по теме используются муляжи или цветные слайды, к которым прилагается легенда в виде соответствующей истории болезни.

Во время самостоятельной работы студента с больным преподаватель следит за правильностью выполнения студентами методов обследования больного, принятых в дерматовенерологии. В случае возникновения затруднений преподаватель дает методические указания, обращая внимание на допущенные ошибки, при необходимости намечает пути рационального решения поставленной задачи. После окончания обследования больного студенты докладывают результаты своей работы. Преподаватель вносит коррективы, дополнения. В обсуждении материалов, полученных каждым студентом, участвует вся группа.

Оформление истории болезни, схема дифференциальной диагностики пузырных дерматозов.

3. Решить ситуационные задачи

Задания выполняются студентами 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 студентом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. В качестве учебных задач выступают примеры, вопросы, задания, упражнения, рефераты и т. д. 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 студента, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности студентов.

Алгоритм разбора задач:

- описать локальный статус;
- установить клинический диагноз,
- обосновать диагноз,
- назначить план обследования и лечения.

1. Пример задачи с разбором по алгоритму:

На прием к врачу обратилась больная 38 лет, с жалобами на появившиеся очаги на коже живота, в этих местах она отмечает похолодание, напряжение кожи. Заболевание связывает с переохлаждениями и частыми ангинами. Три недели спустя после очередного переохлаждения появились округлые бляшки синюшно-красного цвета в области живота. Пораженная кожа была отечной с тестоватой консистенцией. Через несколько недель развилось деревянистое затверждение кожи в очагах поражения, цвет очагов стал бледно-синюшным. Больная не лечилась. Сопутствующая патология – стоит на учете у эндокринолога по поводу заболевания щитовидной железы, у врача ЛОР - в связи с хроническим тонзиллитом. Объективно: на коже живота очаг размером 10x15 см, гладкий, блестящий, плотной консистенции. Цвет очага желтовато-розовый, по периферии имеется сиреневый ободок, форма очага неправильно-овальная, центр несколько западает. При пальпации выявляется деревянистое затверждение кожи, она плотно прилегает к подлежащим тканям, не собирается в складки, рисунок ее сглажен, волосы в очагах отсутствуют. Ваш предположительный диагноз? Лечение.

Ответ: Локальный статус описан в условии задачи. Также описан патогномичный симптом лилового кольца. Диагноз: ограниченная склеродермия, в стадии уплотнения.

Данный диагноз установлен на основании соответствующих жалоб, анамнеза, клинической картины. Лечение: лечение очагов фокальной инфекции, компенсация заболевания щитовидной железы, пенициллинотерапия по схеме, витаминотерапия, лидаза. Местное лечение: димекид. Физиотерапия. Бальнеотерапия после стационарного лечения.

2. Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. На прием к врачу обратилась больная 38 лет, с жалобами на появившиеся очаги на коже живота, в этих местах она отмечает похолодание, напряжение кожи. Заболевание связывает с переохлаждениями и частыми ангинами. Три недели спустя после очередного переохлаждения появились округлые бляшки синюшно-красного цвета в области живота. Пораженная кожа была отечной с тестоватой консистенцией. Через несколько недель развилось деревянистое затверждение кожи в очагах поражения, цвет очагов стал бледно-синюшным. Больная не лечилась. Сопутствующая патология – стоит на учете у эндокринолога по поводу заболевания щитовидной железы, у врача ЛОР - в связи с хроническим тонзиллитом. Объективно: на коже живота очаг размером 10x15 см, гладкий, блестящий, плотной консистенции. Цвет очага желтовато-розовый, по периферии имеется сиреневый ободок, форма очага неправильно-овальная, центр несколько западает. При пальпации выявляется деревянистое затверждение кожи, она плотно прилегает к подлежащим тканям, не собирается в складки, рисунок ее сглажен, волосы в очагах отсутствуют. Ваш предположительный диагноз? Лечение.
2. 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 локализуются 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.
3. 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?

4. Дообследуйте больную, поставьте диагноз и наметьте план лечения. 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.
5. Внесите коррективы в план лечения больного вульгарной пузырчаткой, получающего преднизолон по 30 мг в сутки, у которого развилась тахикардия, отечность голеней, гипертензия.
6. 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.
7. 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 обсуждение результатов курации больных, а также разбор ситуационных задач.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 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

1. Перечислить патогенетические факторы, которые наиболее часто выявляются у больных красной волчанкой.
 2. Какие факторы могут провоцировать красную волчанку?
 3. Укажите основные клинические проявления хронической красной волчанки.
 4. Каковы клинические проявления хронической красной волчанки на слизистой оболочке полости рта и на губах?
 5. Перечислите основные клинические проявления на коже и на слизистых оболочках при острой красной волчанке.
 6. Основные принципы лечения больных хронической красной волчанкой.
 7. Основные формы диспансеризации больных хронической красной волчанкой.
 8. На чем основаны вирусная и генетическая теория этиологии красной волчанки?
 9. Чем подтверждается аутоиммунный характер заболевания?
 10. Как объяснить характерные симптомы красной волчанки с позиции патологических изменений в коже?
 11. Почему диф.диагноз красной волчанки следует проводить с туберкулезной волчанкой?
 12. Чем обусловлен симптом Никольского?
 13. Каковы диагностические тесты при пузырчатке?
 14. Почему при пузырчатке проводят длительное лечение кортикостероидами?
 15. Как выглядят акантолитические клетки?
 16. Почему вульгарную пузырчатку слизистой оболочки полости рта следует дифференцировать с многоформной экссудативной эритемой?
 17. Почему для подтверждения диагноза пузырчатки следует проводить цитологическое исследование?
 18. Почему пузыри при вульгарной пузырчатке вскрываются после их образования?
 19. Какие симптомы характерны для вульгарной пузырчатки, неакантолитической пузырчатки слизистой оболочки только полости рта и многоформной эритемы?
 20. Почему при назначении ударных доз кортикостероидов следует одновременно назначать препараты калия?
 21. Почему диета больных пузырчаткой, получающих кортикостероиды, должна быть богата белками?
 22. Почему при распространении высыпаний на большую часть кожного покрова заболевание может закончиться летально?
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (выбрать 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. Какие нозологические формы относятся к болезням соединительной ткани?

1. Дерматомиозит
2. Пузырчатка
3. Красная волчанка
4. Буллезный эпидермолиз
5. Склеродермия

2. Какой контингент населения чаще болеет красной волчанкой?

1. Лица, продолжительно пребывающие на солнце
2. Возрастная группа 20-40 лет
3. Лица, принимающие гризеофульвин, тетрациклин
4. Блондины
5. Представители белой расы

3. В возникновении красной волчанки ведущую роль играют:

1. Аутоиммунные процессы
2. Аллергия
3. Акантолиз
4. Нарушения в системе цитохрома
5. Радиация

4. К хроническим формам красной волчанки относятся:

1. Диссеминированная
2. Системная
3. Дiskoидная
4. Острая
5. Центробежная эритема Биетта

5. Кардинальными клиническими проявлениями красной волчанки являются?

1. Гиперкератоз
2. Пигментация
3. Атрофия
4. Телеангиэктазии
5. Эритема

6. Для дискоидной красной волчанки характерны следующие симптомы?

1. Ядассона
2. Бенье-Мещерского
3. Ауспитца
4. Дамского каблучка
5. Никольского

Ответы: 1-3, 2-5, 3-1, 4-3, 5-3, 6-2, 7-5, 8-3, 9-3, 10-3, 11-5, 12-3.

3) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

1. Решить ситуационные задачи.

7. 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

8. В основе коллагенозов лежат следующие патоморфологические изменения в коже:

1. Мукоидное набухание
2. Гипергранулез
3. Фибриноидное набухание
4. Амилоидоз
5. Фибриноидный некроз

9. Какие нозологические формы относятся к ограниченной склеродермии?

1. Бляшечная
2. Склеродактилия
3. Линейная
4. Диффузная
5. Идиопатическая атрофодермия

10. Какие клинические стадии развития характерны для бляшечной склеродермии?

1. Отек
2. Лихенификация
3. Индурация
4. Изъязвление
5. Атрофия

11. Провоцирующими факторами в развитии очаговой склеродермии являются:

1. Радиация
2. Травма
3. Термические факторы
4. Инфекция
5. Инсоляция

12. 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

1. Какие необходимо провести исследования, чтобы поставить правильный диагноз? Больной после пребывания в командировке в Средней Азии в летнее время заметил красноту и шелушение на спинке носа. Высыпания сопровождалось небольшим жжением, покалыванием. Усиление красноты в области высыпания отмечает после пребывания на солнце. При осмотре в центре очага отмечается легкая атрофия кожи.
2. Установите развернутый диагноз, наметьте план обследования и лечения. Больная страдает данным заболеванием в течение пяти лет. Ежегодно в весенние и летние месяцы на щеке появляются гиперемии и шелушения, которые заканчиваются рубцовой атрофией. При осмотре в очагах обнаружена зона атрофии в центре, затем гиперкератоза и гиперемии. Характерные симптомы фолликулярного гиперкератоза положительны.
3. Поставьте диагноз и наметьте план обследования. Больная в возрасте 18 лет заболела внезапно: появилась температура, появилась слабость, боли в мышцах, суставах, отеки на ногах. При осмотре отмечена на лице яркая отечная гиперемия в виде «бабочки», на губах – геморрагические корки. При осмотре слизистой оболочки полости рта отмечается геморрагическая энантема, эрозия. На ладонях и подошвах видны геморрагические пятна.
4. Дообследуйте больную, поставьте диагноз и наметьте план лечения. 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
5. Внесите коррективы в план лечения больного вульгарной пузырчаткой, получающего преднизолон по 30 мг в сутки, у которого развилась тахикардия, отечность голеней, гипертензия.
6. 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.
7. 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.
 2. Курация больных.
 3. Выписать рецепты для системной терапии и наружного лечения красной волчанки, истинной пузырчатки, склеродермии и дерматоза Дюринга.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов мед.вузов - Москва: Медицина 2009г
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных. Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для студентов. Кировская ГМА. Киров. 2009 г.
3. Е.В. Соколовский Дерматовенерология: учебник - ООО «Издательство «СпецЛит» 2017 г.

Дополнительная:

1. Ермакова А. В. Клинико-патогенетическое значение детоксикационной функции кишечника у больных псориазом. Коррекция лактулозой - Тюмень, 2008
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных, В. В. Рябова Сифилитическая инфекция на современном этапе: эпидемиология, клиника, диагностика и лечение: учебное пособие для студентов мед. вузов. - Кировская ГМА, 2008
3. Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд Дерматология (атлас – справочник) - Мак-Гроу-Хилл- «Практика», 2007.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под ред. Кубановой А.А. - Москва: Деловой экспресс. 2016.

Тема 2.5: Заболевания слизистой оболочки полости рта.

Цель: Изучить классификацию и клинические проявления заболеваний СОПР, рассмотреть особенности ведения таких пациентов, назначение специфической терапии. Провести курацию больных.

Задачи: рассмотреть этиологические факторы, патогенез, клиническое течение и классификацию заболеваний СОПР, признаки предопухолевых заболеваний СОПР и губ, принципы терапии, профилактики коллагенозов.

Обучающийся должен знать: этиологические факторы, патогенез, клиническое течение и классификацию заболеваний СОПР, травматические и химические поражения СОПР, предопухоловые заболевания СОПР и губ, проявления ВИЧ-инфекции на СОПР.

Обучающийся должен уметь: определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п., дерматологический статус); правильно собрать анамнез, дать характеристику высыпаний; правильно оценить и грамотно описать патологический кожный процесс; распознать первичные и вторичные элементы энантемы; выявить причинные, провоцирующие и способствующие факторы; выделить основные симптомы и синдромы; исследовать дермографизм; проводить дополнительные дерматологические исследования: поскобливание, витропрессию, надавливание пуговчатым зондом, пальпацию, определение чувствительности; провести дифференциальный диагноз; оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; составить план лечения больного (режим, диета, медикаменты, физиотерапия и др.) с учетом индивидуального диагноза, показаний и противопоказаний для каждого метода лечения; выписать рецепты на лекарственные средства и основные лекарственные формы для наружного применения, показанные данному пациенту; оценить эффективность лечения, установить возможные проявления нежелательного побочного действия лекарств и меры их предупреждения и устранения; сформулировать ближайший и отдаленный прогноз. Дать указания для дальнейшего, в том числе амбулаторного лечения; рекомендовать меры вторичной профилактики (коррекция факторов риска, провоцирующих и способствующих факторов).

Обучающийся должен владеть: навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации; принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; навыками постановки предварительного диагноза; алгоритмом развернутого клинического диагноза.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Функции СОПР
- Особенности основных методов обследования больных с заболеваниями СОПР
- Классификация заболеваний СОПР: травматические, инфекционные, аллергические, аутоиммунные, заболевания губ, языка, новообразования СОПР.
- Дифференциальная диагностика при заболеваниях СОПР.

2. Практическая работа.

1) провести курацию больных в стационаре.

2) Цель работы: навыки сбора анамнеза, описания локального статуса, проведения специальных дерматологических методов исследования (витропрессии, исследования дермографизма и т.д.)

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): каждый студент (или группа из 2 – 3 студентов) должен самостоятельно провести клиническое обследование больного: собрать анамнез, обследовать больного, установить диагноз, назначить лечение, выписать рецепты. При отсутствии больных по теме используются муляжи или цветные слайды, к которым прилагается легенда в виде соответствующей истории болезни.

Во время самостоятельной работы студента с больным преподаватель следит за правильностью выполнения студентами методов обследования больного, принятых в дерматовенерологии. В случае возникновения затруднений преподаватель дает методические указания, обращая внимание на допущенные ошибки, при необходимости намечает пути рационального решения поставленной задачи. После окончания обследования больного студенты докладывают результаты своей работы. Преподаватель вносит коррективы, дополнения. В обсуждении материалов, полученных каждым студентом, участвует вся группа.

Оформление истории болезни, схема дифференциальной диагностики пузырных дерматозов.

3. Решить ситуационные задачи

Задания выполняются студентами 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 студентом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. В качестве учебных задач выступают примеры, вопросы, задания, упражнения, рефераты и т. д. 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 студента, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством

воспитания самостоятельности студентов.

Алгоритм разбора задач:

- установить клинический диагноз,
- обосновать диагноз,
- провести дифференциальную диагностику;
- назначить план обследования и лечения.

1. Пример задачи с разбором по алгоритму:

Мужчина, 36 лет, обратился жалобами на боли при приеме пищи.

Анамнез: в течение последних 2-х месяцев на боковой поверхности языка слева образовался дефект слизистой оболочки полости рта.

Объективно: полость рта не санирована. Имеется некачественный мостовидный протез с опорой на 36 и 38 зубы. На боковой поверхности языка слева наблюдается язва размером 0,3x0,8 см, с ровными краями, при пальпации резко болезненна. Лимфоузлы подчелюстные увеличены, подвижны и болезненны.

• Ответ: хроническая травма языка – декубитальная язва; Дифдиагностика с: твердый шанкр, трофическая язва, раковая язва, туберкулезная; тактика ведения: устранение травмирующего фактора, противовоспалительные и эпителизирующие препараты, солкосерил-гель, масло шиповника или облепихи; лазерное облучение.

2. Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Больной 42 лет обратился к врачу с жалобами на боль при приеме пищи и разговоре. Анамнез: больной по ошибке набрал в рот вместо воды какой-то раствор и сразу же почувствовал жжение. Оказалась серная кислота. Прополоскал водой, обратился к врачу. Объективно: на слизистой оболочке спинки языка обширный некроз, покрытый плотной пленкой желтоватого цвета. Пальпация болезненна.
2. Больной обратился к врачу-стоматологу с жалобами на наличие болезненного образования на красной кайме нижней губы. Анамнез: по истечению 2-х суток после проведения электрофореза больной почувствовал резкую боль в области красной каймы нижней губы. Объективно: на красной кайме нижней губы язва округлой формы на отечном гиперемизированном фоне, покрытая фибринозным налетом.
3. Больной К., 50 лет, обратился с жалобами на боли в области слизистой оболочки щеки справа, возникающие при приеме пищи. Анамнез: больной заметил помутнение слизистой оболочки щеки справа 5 лет назад. К врачу не обращался. Курит в течение 25 лет. Боль возникла 2 дня назад во время приема пищи и накусывания на слизистую оболочку щеки. Объективно: на фоне мутновато-серой слизистой оболочки переднего отдела щеки справа наблюдается бугристый рельеф СО, симптом «булыжной мостовой».
4. Пациент К., 23 года, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на боль в полости рта при приеме пищи. Анамнез: боль появилась неделю назад, что и заставило больного обратиться к врачу. Много курит. Объективно: по линии смыкания зубов на слизистой оболочке щеки слева эрозия, окруженная гиперкератозом. Пальпация очага поражения болезненная.
5. Пациент 46 лет обратился к врачу стоматологу с жалобами на образование на твердом небе серовато-белой пленки. Анамнез: серовато-белый цвет и помутнение слизистой оболочки твердого неба заметил случайно. Курит в течение 22 лет. Объективно: на всем протяжении твердого неба ороговение – серовато-белое с красными вкраплениями.
6. Больной М., 21 год обратился с жалобами на боль при приеме пищи, слабость, недомогание, неприятный запах изо рта. Анамнез: в течение 3-х лет отмечается кровоточивость десен, боли появились в течение 3-х дней. Объективно: обильные зубные отложения, некроз десневых сосочков и маргинальной десны в области фронтальных зубов и моляров нижней челюсти. В ретромолярной области слева отмечается изъязвление капюшона над полупрорезавшимся третьим моляром размером 0,5x1 см. На внутриротовой R-грамме отмечается горизонтальное положение 48 зуба, значительное расширение периодонтальной щели в маргинальном отделе.
7. Больная И., 21 года, обратился с жалобами на жжение и онемение в области красной каймы верхней и нижней губы. Анамнез: сменила губную помаду и после нанесения на губы через 3 часа почувствовала дискомфорт в области красной каймы губ (зуд, жжение). Объективно: на красной кайме губ отмечается резко ограниченная эритема с небольшим шелушением.
8. Больной Б., 25 лет, жалуется на повышение температуры тела до 39°C, недомогание, резкую боль при разговоре и приеме пищи. Анамнез: Несколько дней назад после переохлаждения и обострения тонзиллита почувствовал общее недомогание, появление боли в мышцах и суставах. Рецидивы наступают в весенний период. Объективно: При осмотре на коже тыльной поверхности кистей, выявлены округлые синюшные пятна диаметром 2,5 – 3 см с корочкой в центре. На отечной красной кайме губ – обширные кровянистые корки. Открывания полости рта ограничено. Симптом Никольского отрицательный.

4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается обсуждение результатов курации больных, а также разбор ситуационных задач.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 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

1. Факторы, вызывающие острые повреждения слизистой оболочки полости рта и губ.
2. Изменения слизистой оболочки при ожогах горячим паром и кипятком. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение.
3. Классификация заболеваний слизистой оболочки полости рта.
4. Травматические повреждения слизистой оболочки полости рта.
5. Классификация лейкоплакии. Причины возникновения. Признаки малигнизации.
6. Проявления ВИЧ-инфекции в полости рта. Дифференциальная диагностика.
7. Клинические формы язвенно-некротического гингиво-стоматита Венсана.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (выбрать из пяти возможных комбинаций единственно правильный ответ согласно следующему коду:

1. Ороговевающие элементы поражения свойственны:

- 1) пузырьчатке
- 2) кандидозу
- 3) простому герпесу
- 4) ящуре
- 5) лейкоплакии

2. К острым травмирующим факторам относят:

- 1) длительное раздражение острыми краями зубов
- 2) балансирующий съемный протез
- 3) нависающие края пломбы
- 4) случайное прикусывание
- 5) действие микротоков

3. К хроническим травмирующим факторам относят:

- 1) случайное прикусывание
- 2) длительное раздражение острыми краями зубов
- 3) ранение острым предметом
- 4) воздействие кислоты
- 5) воздействие щелочи

4. Декубитальная язва вызвана фактором:

- 1) физическим
- 2) химическим
- 3) механическим
- 4) трофическим
- 5) радиологическим

5. Признаки малигнизации травматической язвы:

- 1) изменение размеров язвы
- 2) блюдцеобразная форма язвы
- 3) эозинофилия
- 4) уплотнение краев и дна язвы

5) изменение цвета окружающих тканей

6. Травматическую язву дифференцируют с:

- 1) эрозивно-язвенной формой КПЛ
- 2) глоссалгией
- 3) МЭЭ
- 4) аллергическим стоматитом
- 5) раковой язвой

7. Заболевание, как правило, четко связанное с ВИЧ-инфекцией:

- 1) плоская лейкоплакия
- 2) волосистая лейкоплакия
- 3) веррукозная лейкоплакия
- 4) эрозивная лейкоплакия
- 5) лейкоплакия Таппенейра

8. Заболевание, как правило, четко связанное с ВИЧ-инфекцией:

- 1) Хейлит Манганотти
- 2) лимфома Ходжкина
- 3) отек Квинке
- 4) саркома Капоши
- 5) синдром Милькерсона-Розенталя

9. Маркерным заболеванием полости рта, сопровождающим ВИЧ-инфекцию, является:

- 1) плоский лишай
- 2) ХРАС
- 3) хронический рецидивирующий герпетический стоматит
- 4) МЭЭ
- 5) глоссалгия

10. Язвенно-некротический гингивит Венсана относят к заболеваниям:

- 1) вирусным
- 2) аллергическим
- 3) бактериальным
- 4) аутоиммунным

5) неврогенным

11. Язвенно-некротический гингивит Венсана вызывается симбиозом:

- 1) стафилококков и пептострептококков
- 2) фузобактерий и спирохет
- 3) стрептококков и фузобактерий
- 4) стрептококков и лактобацилл
- 5) верно 1) и 4)

12. Элементы поражения при язвенно-некротическом гингивите Венсана:

- 1) пятно
- 2) афта
- 3) налет
- 4) эрозия
- 5) язва

13. Элементы поражения СОПР при лекарственной аллергии:

Ответы: 1-5, 2-4, 3-2, 4-3, 5-4, 6-5, 7-2, 8-4, 9-3, 10-3, 11-2, 12-5, 13-4, 15-1.

3) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

1. Решить ситуационные задачи.

1. Больная И., 21 года, обратился с жалобами на жжение и онемение в области красной каймы верхней и нижней губы. Анамнез: сменила губную помаду и после нанесения на губы через 3 часа почувствовала дискомфорт в области красной каймы губ (зуд, жжение). Объективно: на красной кайме губ отмечается резко ограниченная эритема с небольшим шелушением.
2. Больной Б., 25 лет, жалуется на повышение температуры тела до 39°C, недомогание, резкую боль при разговоре и приеме пищи. Анамнез: Несколько дней назад после переохлаждения и обострения тонзиллита почувствовал общее недомогание, появление боли в мышцах и суставах. Рецидивы наступают в весенний период. Объективно: При осмотре на коже тыльной поверхности кистей, выявлены округлые синюшные пятна диаметром 2,5 – 3 см с корочкой в центре. На отечной красной кайме губ – обширные кровянистые корки. Открывания полости рта ограничено. Симптом Никольского отрицательный.
3. Больная Г., 47 лет обратилась в стоматологическую поликлинику с целью санации и протезирования, но ее беспокоит боль в полости рта при приеме пищи. Со слов больной: в течение 6 месяцев периодически появлялась боль в различных участках слизистой оболочки неба, десен, щек после приема грубой пищи, чистки зубов щеткой. Беспокоит неприятный сладковатый запах изо рта. После приема антибиотиков и полоскания раствором фурацилина явления на время исчезали. При осмотре на неизменной слизистой оболочке левой щеки обнаружены поверхностный дефект эпителия неправильной формы, болезненный при пальпации, смещение пластов эпителия при потирании шпателем на видимо здоровых участках слизистой оболочки. Увеличение регионарных лимфоузлов.
4. На прием к врачу-дерматологу обратился мужчина, 35 лет, с жалобами на мокнущие высыпания в углах рта. Отделяемое гнойное, иногда с геморрагическим компонентом, подсыхает в тонкую серозную или серозно-гнойную корку, которая отпадает через несколько дней. Заболевание сопровождается чувством зуда, болезненностью при приеме пищи. Из анамнеза известно, что больной в течение нескольких лет страдает сахарным диабетом.
5. В поликлинику к дерматологу обратился мужчина, 30 лет, с жалобами на выраженный отек и высыпания на коже верхней губы, болезненность, повышение Т до 38 С, общее недомогание, слабость, головную боль. Из анамнеза известно, что заболеванию предшествовало переохлаждение. Объективно: На коже верхней губы наблюдается отек, эритема, множественные, склонные к слиянию везикулы с мутным содержимым. В общем анализе крови умеренный лейкоцитоз, повышенное СОЭ.

2. Курация больных.

3. Составить таблицу «Классификация заболеваний СОПР».

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов мед.вузов - Москва: Медицина 2009г

1) папула

2) пятно

3) пузырь

4) верно 2) и 3)

5) гиперкератоз

14. Клинические формы лекарственной аллергии:

1) катаральная

2) катарально-геморрагическая

3) гиперкератотическая

4) буллезная

5) верно все, кроме 3)

15. При МЭЭ элементы поражения на СОПР:

1) пятно, папула, волдырь, пузырь, эрозия

2) пятно, папула, пузырь

3) эрозия, язва, волдырь, пузырь

4) пузырь, пузырек, волдырь, эрозия

5) папула, эрозия, пузырь, «кокарда».

2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных. Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для студентов. Кировская ГМА. Киров. 2009 г.
3. Е.В. Соколовский Дерматовенерология: учебник - ООО «Издательство «СпецЛит» 2017 г.
Дополнительная:
 1. Ермакова А. В. Клинико-патогенетическое значение детоксикационной функции кишечника у больных псориазом. Коррекция лактулозой - Тюмень, 2008
 2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных, В. В. Рябова Сифилитическая инфекция на современном этапе: эпидемиология, клиника, диагностика и лечение: учебное пособие для студентов мед. вузов. - Кировская ГМА, 2008
 3. Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд Дерматология (атлас – справочник) - Мак-Гроу-Хилл- «Практика», 2007.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под ред. Кубановой А.А. - Москва: Деловой экспресс. 2016.

Раздел 3. Инфекционные и паразитарные болезни.

Тема 3.1: Микозы.

Цель: Изучить классификацию грибковых заболеваний кожи, подробно рассмотреть клинику и дифференциальную диагностику наиболее часто встречающихся микозов, рассмотреть принципы терапии микозов.

Задачи: рассмотреть классификацию грибковых заболеваний, классификацию их возбудителей, условия возникновения микозов. Изучить патогенез отдельных заболеваний темы, эпидемиологию микозов, клинику, диагностику и принципы лекарственной терапии: группы противогрибковых препаратов и показания к системной и местной терапии. Рассмотреть клинические проявления данных дерматозов на больных в динамике их развития.

Обучающийся должен знать: классификацию грибковых заболеваний, классификацию их возбудителей, условия возникновения микозов, патогенез грибковых заболеваний, эпидемиологию микозов, клинику, диагностику и принципы лекарственной терапии.

Обучающийся должен уметь: определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента, дать характеристику высыпаний; правильно оценить и грамотно описать патологический кожный процесс; распознать первичные и вторичные элементы кожных сыпей; выявить причинные, провоцирующие и способствующие факторы; выделить основные симптомы и синдромы; исследовать дермографизм; проводить дополнительные дерматологические исследования: забор патологического материала для исследований; провести дифференциальный диагноз; оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; составить план лечения больного с учетом индивидуального диагноза, показаний и противопоказаний для каждого метода лечения; выписать рецепты на лекарственные средства и основные лекарственные формы для наружного применения, показанные данному пациенту; оценить эффективность лечения, установить возможные проявления нежелательного побочного действия лекарств и меры их предупреждения и устранения; сформулировать ближайший и отдаленный прогноз. Дать указания для дальнейшего, в том числе амбулаторного лечения; рекомендовать меры вторичной профилактики (коррекция факторов риска, провоцирующих и способствующих факторов).

Обучающийся должен владеть: навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации; принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; навыками постановки предварительного диагноза; алгоритмом развернутого клинического диагноза;

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Кератомикозы, дерматомикозы. Отрубевидный лишай.
- Эпидемиология микроспории и трихофитии. Клиника микроспории, поверхностной и инфильтративно-нагноительной трихофитии. Диагностика, значение люминесцентного метода.
- Принципы лечения в микологическом отделении КВД. Принципы профилактики.
- Микозы стоп. Понятие об эпидермофитии стоп.
- Лечение: системные и местные противогрибковые препараты: ламизил, орунгал, низорал, лоцерил, батрафен.
- Принципы профилактики и работа микологических кабинетов.

- Кандидоз. Этиология. Клиника молочницы и кандидозных заед. Дифференциальный диагноз. Представление о кандидозных паронихии и онихии, межпальцевой эрозии. Лабораторная диагностика. Лечение. Противогрибковые мази. Прогноз.
- Кандидоз, как один из маркеров СПИДа. Профилактика.

2. Практическая работа.

- 1) провести курацию больных в стационаре.
- 2) Цель работы: навыки сбора анамнеза, описания локального статуса, проведения специальных дерматологических методов исследования (витропрессии, исследования дермографизма и т.д.)
- 3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): каждый студент (или группа из 2 – 3 студентов) должен самостоятельно провести клиническое обследование больного: собрать анамнез, обследовать больного, установить диагноз, назначить лечение, выписать рецепты. При отсутствии больных по теме используются муляжи или цветные слайды, к которым прилагается легенда в виде соответствующей истории болезни.

Во время самостоятельной работы студента с больным преподаватель следит за правильностью выполнения студентами методов обследования больного, принятых в дерматовенерологии. В случае возникновения затруднений преподаватель дает методические указания, обращая внимание на допущенные ошибки, при необходимости намечает пути рационального решения поставленной задачи. После окончания обследования больного студенты докладывают результаты своей работы. Преподаватель вносит коррективы, дополнения. В обсуждении материалов, полученных каждым студентом, участвует вся группа.

3. Решить ситуационные задачи

Задания выполняются студентами 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 студентом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. В качестве учебных задач выступают примеры, вопросы, задания, упражнения, рефераты и т. д. 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 студента, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности студентов.

Алгоритм разбора задач:

- описать локальный статус;
- установить клинический диагноз,
- обосновать диагноз,
- назначить план обследования и лечения.

1. Больной 48 лет, жалуется на появление пятен в подмышечных областях, не сопровождающихся субъективными ощущениями. При осмотре кожи в подмышечных областях имеются четко ограниченные пятна размером 8x10 см, буровато-коричневого цвета, с фестончатыми контурами, покрытые отрубевидными чешуйками. Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ответ: Локальный статус описан в условии задачи. Диагноз: эритразма. Данный диагноз установлен на основании соответствующих жалоб, анамнеза, клинической картины. Лечение: 5% эритромициновая мазь, крем «Тридерм».

Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

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

2. 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.

3. 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?
4. 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?
5. 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 течение 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.
6. 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, высыхающие 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.
7. На прием к дерматологу обратилась больная 42 лет, кондитер, с жалобами на зуд и жжение в области межпальцевых складках кистей. Считает себя больной в течение 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 сопутствующих 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.
8. 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.
9. 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.

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

11. Ребенок 10 лет прислан врачом плавательного бассейна на консультацию по поводу мацерации кожи и поверхностных трещин в III и IV межпальцевых складках стоп. Предположительный диагноз. Тактика для его подтверждения. Может ли ребенок посещать бассейн?

12. 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.

13. На коже волосистой части головы имеется 2 очага округлой формы размером 2x3 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.

4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается обсуждение результатов курации больных, а также разбор ситуационных задач.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 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

1. Какие патогенетические факторы наиболее часто выявляются при микозах стоп?
2. Какие патогенетические факторы наиболее часто выявляются при кандидозе слизистой оболочки полости рта?
3. Какие лекарственные средства, вызывая дисбактериоз кишечника, снижают сопротивляемость организма и ведут к появлению кандидоза?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать кандидоз слизистой оболочки полости рта?
5. Почему возможность заражения эпидермофитией наиболее вероятна в банях, бассейнах и душевых?
6. Почему диф. диагностику кандидоза слизистых оболочек полости рта следует проводить с лейкоплакией и красным плоским лишаем?
7. Назовите причины кандидоза (молочницы) у детей.
8. Почему исследование чешуек позволяет говорить лишь о наличии грибкового заболевания без уточнения нозологии?
9. Почему диф. диагностику эпидермофитии стоп следует проводить с микробной экземой?
10. Перечислите предрасполагающие факторы к заражению эпидермофитией стоп.
11. Какие заболевания входят в группу трихомикозов?
12. Перечислите основные пути распространения трихомикозов.
13. Укажите, какие проводятся мероприятия в очаге инфекции при установлении диагноза соответствующего трихомикоза.
14. Назовите профилактические мероприятия для борьбы с трихомикозами.
15. Какие методы лабораторной диагностики применяются для подтверждения диагноза трихомикозов?
16. Как забирается патологический материал для лабораторной диагностики?
17. Перечислите основные принципы лечения трихомикозов.
18. Почему в профилактике пушистой микроspории большое значение имеет отлов бродячих кошек и собак?
19. Почему микроскопическая картина пораженного волоса дает право поставить диагноз соответствующего трихомикоза?
20. С какой целью проводится культуральное исследование при трихомикозах?
21. Почему при трихомикозах назначается гризеофульвин?
22. Почему микроspория и трихофития волосистой части головы встречается чаще у детей?
23. Кто наиболее часто страдает хронической трихофитией и почему?
24. Основные клинические симптомы поверхностной трихофитии.

25. Основные клинические симптомы микроспории волосистой части головы.
26. Основные клинические симптомы инфильтративно-нагноительной трихофитии волосистой части головы.
27. Основные симптомы паразитарного сикоза.
28. Назовите дифференциальные признаки паразитарного и стафилококкового сикоза.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

- 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. Для отрубевидного лишая характерны следующие клинические проявления:

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

2. Отрубевидный лишай вызывается:

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

3. Какие признаки патогномичны для отрубевидного лишая?

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

4. 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»

5. Выберите критерии диагностики отрубевидного лишая:

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

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

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

3) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

1. Установить источник заражения у больного микроспорией (тщательно собрать анамнез).
2. Провести осмотр кожи, волосистой части головы, ногтей пластинок у больного с грибковым заболеванием.

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

7. 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

8. Какие осложнения наблюдаются при эпидермофитии стоп?

1. Микотическая экзема
2. Истинная экзема
3. Вторичная пиодермия
4. Токсикодермия
5. Рожистое воспаление

9. 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

10. При каких микозах наблюдается свечение под лампой Вуда?

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

3. Взять патологический материал для микроскопического и бактериологического исследования с очагов на гладкой коже и волосистой части головы.
4. Произвести осмотр больного с помощью люминесцентной лампы Вуда.
5. Назначить противогрибковый антибиотик с учётом этиологии заболевания.
6. Выписать рецепты для наружной терапии (мази, кератолитические пластыри, лаки).
7. Написать реферат по темам «Фавус», «Глубокие микозы».

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов мед.вузов - Москва: Медицина 2009г
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных. Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для студентов. Кировская ГМА. Киров. 2009 г.
3. Е.В. Соколовский Дерматовенерология: учебник - ООО «Издательство «СпецЛит» 2017 г.

Дополнительная:

1. Ермакова А. В. Клинико-патогенетическое значение детоксикационной функции кишечника у больных псориазом. Коррекция лактулозой - Тюмень, 2008
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных, В. В. Рябова Сифилитическая инфекция на современном этапе: эпидемиология, клиника, диагностика и лечение: учебное пособие для студентов мед. вузов. - Кировская ГМА, 2008
3. Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд Дерматология (атлас – справочник) - Мак-Гроу-Хилл- «Практика», 2007.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под ред. Кубановой А.А. - Москва: Деловой экспресс. 2016.

Тема 3.2: Пиодермии. Инфекционные и вирусные дерматозы. Чесотка. Педикулез.

Цель: изучить классификации и клинические проявления пиодермий, паразитозов, вирусных заболеваний кожи, провести дифференциальную диагностику данных заболеваний, изучить меры профилактики заразных дерматозов.

Задачи: рассмотреть этиологию и эпидемиологию пиодермий, инфекционных и вирусных эритем, проявления папилломавирусной инфекции, паразитарных дерматозов. Изучить их классификации, клиническое течение, методы и стандарты диагностики, принципы лечения. Рассмотреть клинические проявления данных дерматозов на больных в динамике их развития.

Обучающийся должен знать: этиологию, эпидемиологию, классификацию, клинику, диагностику и дифференциальную диагностику пиодермий, принципы лечения. Этиологию, эпидемиологию, классификацию, клинику, диагностику и дифференциальную диагностику инфекционных и вирусных дерматозов, принципы лечения. Этиологию, эпидемиологию, классификацию, клинику, диагностику и дифференциальную диагностику паразитарных дерматозов, принципы лечения.

Обучающийся должен уметь: определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента; правильно собрать анамнез, дать характеристику высыпаний; правильно оценить и грамотно описать патологический кожный процесс; распознать первичные и вторичные элементы кожных сыпей; выявить причинные, провоцирующие и способствующие факторы; выделить основные симптомы и синдромы; исследовать дермографизм; проводить дополнительные дерматологические исследования: поскабливание, витропрессию, надавливание пуговчатым зондом, пальпацию, определение чувствительности; провести дифференциальный диагноз; оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; составить план лечения больного с учетом индивидуального диагноза, показаний и противопоказаний для каждого метода лечения; выписать рецепты на лекарственные средства и основные лекарственные формы для наружного применения, показанные данному пациенту; оценить эффективность лечения, установить возможные проявления нежелательного побочного действия лекарств и меры их предупреждения и устранения; сформулировать ближайший и отдаленный прогноз. Дать указания для дальнейшего, в том числе амбулаторного лечения; рекомендовать меры вторичной профилактики (коррекция факторов риска, провоцирующих и способствующих факторов).

Обучающийся должен владеть: навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации; принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общеклинического обследования; интерпретации

результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; навыками постановки предварительного диагноза; алгоритмом развернутого клинического диагноза;

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Псориаз. 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 псориаза на производстве и в быту.
- Лечение: антибиотикотерапия, иммуномодуляторы, наружная терапия (пасты с антибиотиками, анилиновые красители, фуцидин).
- Простой герпес. Этиология. Роль охлаждения, простудных заболеваний, других заболеваний, вызывающих иммунодефицитное состояние в патогенезе заболевания.
- Клиническая картина, понятие о рецидивирующем герпесе. Дифференциальная диагностика Герпеса.
- Лечение. Прогноз. Профилактика рецидивов: закаливание организма, иммуномодуляторы.
- Опоясывающий герпес. Этиология. Клинические симптомы, предшествующие высыпаниям. Клиника процесса, течение. Постгерпетические боли. Прогноз. Принципы лечения: ацикловир, валтрекс, интерферон, иммуномодуляторы.
- Папилломавирусная инфекция. Этиология. Клиническая картина. Принципы лечения: Криодеструкция, диатермокоагуляция, лазеродеструкция.
- ВИЧ-инфекция. Распространенность. Возбудитель, особенности его биологических свойств, клетки-мишени в организме человека. Доказанные пути заражения, группы риска. Течение ВИЧ-инфекции, инкубационный период, стадия первичных проявлений, стадия вторичных проявлений, терминальная стадия - СПИД. Заболевания кожи и слизистых оболочек как возможные маркеры ВИЧ-инфекции. Лабораторная диагностика. Профилактика.
- Чесотка. Возбудитель, эпидемиология. Клиника чесотки, принципы диагностики чесотки, принципы лечения и профилактики.
- Педикулез. Возбудитель. Эпидемиология. Методы лечения и профилактики заболевания.

2. Практическая работа.

1) провести курацию больных в стационаре.

2) Цель работы: навыки сбора анамнеза, описания локального статуса, проведения специальных дерматологических методов исследования (витропрессии, исследования дермографизма и т.д.)

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): каждый студент (или группа из 2 – 3 студентов) должен самостоятельно провести клиническое обследование больного: собрать анамнез, обследовать больного, установить диагноз, назначить лечение, выписать рецепты. При отсутствии больных по теме используются муляжи или цветные слайды, к которым прилагается легенда в виде соответствующей истории болезни.

Во время самостоятельной работы студента с больным преподаватель следит за правильностью выполнения студентами методов обследования больного, принятых в дерматовенерологии. В случае возникновения затруднений преподаватель дает методические указания, обращая внимание на допущенные ошибки, при необходимости намечает пути рационального решения поставленной задачи. После окончания обследования больного студенты докладывают результаты своей работы. Преподаватель вносит коррективы, дополнения. В обсуждении материалов, полученных каждым студентом, участвует вся группа.

Оформление истории болезни, схема дифференциальной диагностики пузырных дерматозов.

3. Решить ситуационные задачи

Задания выполняются студентами 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 студентом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. В качестве учебных задач выступают примеры, вопросы, задания, упражнения, рефераты и т. д. 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 студента, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности студентов.

Алгоритм разбора задач:

- описать локальный статус;

- установить клинический диагноз,
- обосновать диагноз,
- назначить план обследования и лечения.

2. 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.

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 течении 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 переднебоковую поверхность голени. Из сопутствующих заболеваний отмечает очаговый туберкулез легких, тромбоз вен нижних конечностей. Объективно. На переднелатеральной поверхности правой голени, с переходом на тыл правой стопы имеется язва с фесточатыми очертаниями, уплотненными инфильтрированными краями, неровным, рыхлым дном с вялыми серыми грануляциями и значительным количеством серозно-гнояного отделяемого. Ваш диагноз и лечебная тактика.

10. На прием к врачу обратился мальчик 10 лет. Жалуется на высыпания, появившиеся на кистях. Беспокойств не причиняют. Со временем количество их постепенно увеличивается. Узелки появились примерно год тому назад. Больной пытался срезать их, но они вновь возникали и увеличивались в размерах. Объективно. На коже 4-го пальца видны телесного цвета плотные, безболезненные, возвышающиеся над уровнем кожи, полушаровидные, невоспалительные узелки. Поверхность их имеет шероховатый вид. Диагноз и лечение.

11. 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.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

16. 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 обсуждение результатов курации больных, а также разбор ситуационных задач.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 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

1. Какие патогенетические факторы наиболее выявляются у больных гнойничковыми заболеваниями кожи?
2. Почему стафилодермии чаще возникают у мужчин?
3. Почему стрептодермии чаще возникают у детей?
4. Почему при пиодермии следует избегать компрессов и повязок?
5. В чем разница между фурункулезом и множественными фурункулами?
6. принципы местного лечения поверхностных пиодермий.
7. Какова связь между травмами кожи, ее загрязнением и возникновением гнойничковых заболеваний кожи?
8. Почему при локации фурункула в области носогубной складки необходим постельный режим?
9. Почему стрептодермии чаще возникают в области складок и естественных отверстий?
10. Почему заниженный прикус имеет значение в патогенезе заедов?
11. Почему при лечении фурункула применяют чистый ихтиол?
12. Какова разница между фурункулезом и карбункулом?
13. Почему в комплексном лечении поверхностных пиодермитов целесообразно применять УФО?
14. Преимущественная локализация высыпаний при чесотке.
15. Клинические проявления при чесотке.
16. Перечислить методы лечения чесотки
17. Чем объяснить попарное расположение первичных элементов при чесотке?
18. Указать экспресс-методы лечения чесотки.
19. В чем состоит профилактика чесотки?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

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. Какие заболевания кожи имеют вирусную этиологию?

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

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

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

20. Резервуаром ВПГ у человека являются:

1. Слезные железы
2. Ганглий тройничного нерва
3. Конъюнктива
4. Кожа
5. Мозг

21. В кровеносном русле ВПГ находится:

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

22. Макрофаги, очищающие организм от вирусов располагаются в:

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

23. Причинами реактивации герпетической инфекции могут служить:

1. Простудные заболевания
2. Глистные инвазии

3. Переохлаждение
4. Повышение АД
5. Стрессы

24. Перечислите характерные клинические проявления простого пузырькового лишая:

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

26. Какие морфологические элементы бывают при простом пузырьковом лишае?

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

27. 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

280. Назовите пути заражения

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

3) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

1. Оценить распространённость, глубину и тяжесть течения процесса.
2. Произвести забор содержимого пустулы для исследования на флору и чувствительность к антибиотикам.
3. Назначить рациональное лечение на основании клинических проявлений и лабораторных показателей.
4. Разъяснить меры профилактики пиодермий на производстве и в быту, а также меры профилактики распространения пиодермии у самого больного.
5. Произвести осмотр больного чесоткой, выявить характерные клинические признаки.
6. Выписать рецепты для наружного лечения чесотки.
7. Написать реферат на тему «Вирусные дерматозы».

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов мед.вузов - Москва: Медицина 2009г
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных. Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для студентов. Кировская ГМА. Киров. 2009 г.
3. Е.В. Соколовский Дерматовенерология: учебник - ООО «Издательство «СпецЛит» 2017 г.

Дополнительная:

1. Ермакова А. В. Клинико-патогенетическое значение детоксикационной функции кишечника у больных псориазом. Коррекция лактулозой - Тюмень, 2008
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных, В. В. Рябова Сифилитическая инфекция на современном этапе:

бородавками?

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

29. Перечислите клинические разновидности бородавок:

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

30. Какой первичный морфологический элемент типичен для бородавок?

1. Папула
2. Бугорок
3. Волдырь
4. Узел
5. Везикула

25. 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

эпидемиология, клиника, диагностика и лечение: учебное пособие для студентов мед. вузов. - Кировская ГМА, 2008

3. Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд Дерматология (атлас – справочник) - Мак-Гроу-Хилл- «Практика», 2007.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под ред. Кубановой А.А. - Москва: Деловой экспресс. 2016.

Раздел 4. Венерология.

Тема 4.1: Введение в венерологию. Общее течение сифилиса. Сифилис первичный.

Цель: изучить историю развития венерологии как науки, рассмотреть исторические аспекты изучения сифилитической инфекции. Изучить проявления первичного периода сифилиса.

Задачи: обсудить общие вопросы венерологии, историю венерологии. Рассмотреть этиологию, эпидемиологию, общее течение сифилиса. Изучить пути передачи инфекции, инкубационный и первичный период сифилиса, особенности их течения, основы диагностики и принципы терапии в данных периодах. Рассмотреть меры личной и общественной профилактики сифилиса.

Обучающийся должен знать: историю исследования сифилиса; строение возбудителя сифилиса, эпидемиологию, общее течение сифилиса, проявления первичного периода сифилиса, диагностику сифилиса на начальных этапах.

Обучающийся должен уметь: определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента, дать характеристику высыпаний; правильно оценить и грамотно описать патологический кожный процесс; распознать первичные и вторичные элементы кожных сыпей; выявить причинные, провоцирующие и способствующие факторы; выделить основные симптомы и синдромы; исследовать дермографизм; проводить дополнительные дерматологические исследования: забор патологического материала для исследований; провести дифференциальный диагноз; оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; составить план лечения больного с учетом индивидуального диагноза, показаний и противопоказаний для каждого метода лечения; выписать рецепты на лекарственные средства и основные лекарственные формы для наружного применения, показанные данному пациенту; оценить эффективность лечения, установить возможные проявления нежелательного побочного действия лекарств и меры их предупреждения и устранения; сформулировать ближайший и отдаленный прогноз. Дать указания для дальнейшего, в том числе амбулаторного лечения; рекомендовать меры вторичной профилактики (коррекция факторов риска, провоцирующих и способствующих факторов).

Обучающийся должен владеть: навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации; принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; навыками постановки предварительного диагноза; алгоритмом развернутого клинического диагноза;

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Возбудитель. Общее течение, периодизация сифилиса.
- Классификация сифилиса. Инкубационный период.
- Первичный период сифилиса. Клинические проявления.
- Особенности клинической картины твердого шанкра в области губ, языка, десен, миндалин, переходных складок слизистой оболочки рта и их дифференциальная диагностика.

2. Практическая работа.

1) провести курацию больных в стационаре.

2) Цель работы: навыки сбора анамнеза, описания локального статуса, проведения специальных дерматологических методов исследования (витропрессии, исследования дермографизма и т.д.)

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): каждый студент (или группа из 2 – 3 студентов) должен самостоятельно провести клиническое обследование больного: собрать анамнез, обследовать больного, установить диагноз, назначить лечение, выписать рецепты. При отсутствии больных по теме используются муляжи или цветные слайды, к которым прилагается легенда в виде соответствующей истории болезни.

Во время самостоятельной работы студента с больным преподаватель следит за правильностью выполнения студентами методов обследования больного, принятых в дерматовенерологии. В случае возникновения затруднений преподаватель дает методические указания, обращая внимание на допущенные ошибки,

при необходимости намечает пути рационального решения поставленной задачи. После окончания обследования больного студенты докладывают результаты своей работы. Преподаватель вносит коррективы, дополнения. В обсуждении материалов, полученных каждым студентом, участвует вся группа.

3. Решить ситуационные задачи

Задания выполняются студентами 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 студентом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. В качестве учебных задач выступают примеры, вопросы, задания, упражнения, рефераты и т. д. 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 студента, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности студентов.

Алгоритм разбора задач:

- описать локальный статус;
- установить клинический диагноз,
- обосновать диагноз,
- назначить план обследования и лечения.

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.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Больная третичным сифилисом имела половую связь с больным вторичным свежим сифилисом. Возможно ли у нее появление признаков первичного сифилиса? Если да, как называется это явление?
2. При обследовании половой партнерши больного, страдающего вторичным свежим сифилисом, на передней губе шейки матки обнаружена язвочка округлой формы с чистым красного цвета дном. Паховые лимфатические узлы не пальпируются. Можно ли предположить специфический характер язвы и тактика врача при постановке диагноза?
3. Женщина обратилась к хирургу поликлиники по поводу язвы правой грудной железы. При осмотре в области ареолы правого соска имеется язва подковообразной формы, с уплотнением в основании, без явлений воспаления вокруг, безболезненная. Подмышечные лимфоузлы справа размером 1,5 x 1,0 см, плотно-эластические, безболезненные, не спаяны между собой и окружающей кожей. О каком диагнозе должен думать хирург? Тактика в отношении больной.
4. К ЛОР – врачу обратилась женщина 24 лет с жалобами на чувство дискомфорта при глотании слева. Объективно: левая миндалина значительно увеличена, при пальпации плотная, имеется эритема с синюшным оттенком, с четкими границами. Подчелюстные лимфоузлы слева 1,0 x 1,0 см, безболезненные, плотно – эластической консистенции, кожа над ними не изменена. Предположительный диагноз? Тактика ЛОР – врача?
5. У женщины, обратившейся к гинекологу, правая большая половая губа увеличена в размерах, при надавливании следа от вдавливания не остается, безболезненная, цвет кожи синюшный. Паховые лимфатические узлы с двух сторон 2,0 x 1,5 см, подвижные, безболезненные. В анамнезе – беспорядочная половая жизнь. При исследовании крови КСР – отрицательные. Ваш предположительный диагноз? Дальнейшая тактика?
6. У матери установлен диагноз вторичного рецидивного сифилиса. При осмотре ребенка 6 месяцев, находящегося на грудном вскармливании, на красной кайме нижней губы обнаружена эрозия округлой формы, размером 0,5 x 0,5 см, с плотным инфильтратом в основании, безболезненная, покрытая коркой. Подчелюстные лимфоузлы с обеих сторон 1,0 x 1,5 см, плотно – эластической консистенции, безболезненные, не спаяны между собой и с окружающей кожей. Ваш предположительный диагноз и тактика для его обоснования? Как произошло заражение ребенка?

7. На прием обратился мужчина 32 лет, с жалобами на появление язвочки на половом члене, которая субъективно не беспокоит. Язвочка на половом члене появилась 10 дней назад, болезненности не причиняла. Больной занимался самолечением – смазывал язвочку синтомициновой эмульсией. Лечение было неэффективным. Через 7-8 дней появилось увеличение паховых лимфатических узлов. Половая связь с незнакомой женщиной полтора месяца назад. Сопутствующих заболеваний нет. Объективно. На внутреннем листке препуциального мешка имеется язвенный дефект размером 2 x 1,5 см, овальной формы, безболезненный. В основании язвы пальпируется хрящевидной плотности инфильтрат, не выходящий за ее пределы. Воспалительные изменения вокруг язвы отсутствуют. Слева паховые лимфатические узлы увеличены до размеров 1 x 1,5 см, подвижные, безболезненные, плотноэластической консистенции. Ваш предположительный диагноз, его обоснование. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.
8. На прием обратился больной 28 лет, с жалобами на наличие язвочек на половом члене и в правой паховой области. Язвочки появились 2 недели назад, их появление ни с чем не связывает. Субъективно больного не беспокоят. Самолечением не занимался. Неделю назад в левой паховой области увеличились лимфатические узлы. За месяц до появления язвочек отмечает случайную половую связь с незнакомой женщиной. Объективно. На теле полового члена справа имеется язва округлой формы, размером 1 x 1,5 см, безболезненная, покрытая желтоватым налетом. При пальпации язвы у основания прощупывается плотный инфильтрат. В правой паховой области – язва размером 1 x 1 см, округлой формы, покрытая геморрагической корочкой, плотная в основании. Паховые лимфатические узлы слева увеличены до размеров 1 x 1,5 см, плотноэластической консистенции, безболезненные, подвижные. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.
9. На прием обратилась женщина 35 лет, с жалобами на боли в области заднего прохода. Боли беспокоят в течение месяца. Обращалась к хирургу поликлиники. Была диагностирована трещина заднего прохода. В течение месяца по назначению хирурга принимала ванночки с раствором перманганата калия, различные мази. Ввиду отсутствия эффекта обратилась к дерматологу. Сопутствующих заболеваний нет. Объективно. В области заднего прохода имеется эрозия, ярко-красного цвета, блестящая, трещиноподобной формы, болезненная при пальпации. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.
10. На прием обратился мужчина 40 лет. Жалуется на выраженную болезненность, покраснение, отечность кожи препуциального мешка. Считает себя больным в течение суток, когда впервые стали появляться покраснение и отечность препуциального мешка. Несколько дней назад заметил на внутреннем листке крайней плоти эрозию небольших размеров. Эрозия была безболезненной, поэтому больному к врачу не обратился, стал заниматься самолечением (делал ванночки с раствором перманганата калия). Сопутствующих заболеваний нет. Объективно. Головка полового члена увеличена в размерах, отечна, вправление ее невозможно. Позади головки полового члена имеется отечный валик ярко-красного цвета. Паховые лимфатические узлы слева размером 1 x 1 см, безболезненные, подвижные, плотноэластической консистенции. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.
11. На прием обратился больной 22 лет, с жалобами на отечность, болезненность и невозможность обнажить головку полового члена. Заболевание началось два дня назад с покраснения и отека кожи полового члена. Самолечением не занимался, дефектов на коже полового члена не замечал. Ведет беспорядочную половую жизнь. Сопутствующих заболеваний нет. Объективно. Кожа полового члена ярко-розового цвета, отечна, болезненна. Крайняя плоть не заворачивается за головку полового члена, отверстие препуциального мешка сужено и из него выделяется жидкий гной. Паховые лимфатические узлы справа увеличены, размером 1 x 1,5 см, безболезненные, плотноэластической консистенции, подвижные. Ваш предположительный диагноз, его обоснование.

4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается обсуждение результатов курации больных, а также разбор ситуационных задач.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 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
 1. Почему первичная сифилома называется твердым шанкром?
 2. Проанализируйте динамику изменений лимфатических узлов при первичном сифилисе.
 3. Укажите, какие клинические проявления первичного сифилиса относятся к типичным и какие – к атипичным?
 4. Почему эрозивную форму твердого шанкра дифференцируют с герпесом?
 5. Как объяснить переход серонегативного первичного сифилиса в серопозитивный?

6. У каких больных первичная сифилома может осложняться гангренизацией и фagedенизмом? Назовите причины, ведущие к этим осложнениям.
7. Какое лабораторное исследование может подтвердить диагноз сифилиса при наличии фимоза и отрицательных серологических реакций?
8. Проведите дифференцировку симптомов твердого шанкра и шанкриформной пиодермии.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

- 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. Через какой промежуток времени с момента заражения развивается первичный период сифилиса?

1. Через 3 недели
2. Через месяц
3. Через 1,5 месяца
4. Через 3 месяца
5. Через 2,5 месяца

2. Какова продолжительность первичного периода сифилиса?

1. Месяц
2. 8 недель
3. 3 месяца
4. 2 месяца
5. Более 3 месяцев

3. Какие клинические проявления типичны для первичного периода сифилиса?

1. Специфическая ангина
2. Твердый шанкр
3. Розеолезная сыпь
4. Регионарный лимфаденит
5. Широкие кондиломы

4. Перечислите клинические характеристики типичные для твердого шанкра:

1. Округлая форма
2. Лакированная поверхность
3. Отсутствие болезненности
4. Инфильтрат в основании
5. Отсутствие воспаления по периферии

5. Каким морфологическим элементом представлен твердый шанкр?

1. Пятном
2. Эрозией
3. Папулой
4. Язвой
5. Эктимой

6. Как называется твердый шанкр в зависимости от размера?

1. Гигантский
2. Серпигинирующий
3. Карликовый
4. Милиарный
5. Комбустиформный

7. Какие специфические названия имеют множественные твердые шанкры?

1. Регионарные
2. Биполярные
3. Атипичные
4. Шанкры-отпечатки
5. Осложненные

8. Как называются твердые шанкры в зависимости от локализации?

1. Перигенитальные
2. Фокальные
3. Генитальные
4. Диссеминированные
5. Экстрагенитальные

9. При какой локализации твердого шанкра отмечается его болезненность?

1. В области уздечки
2. На шейке матки
3. Вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала
4. На лобке
5. В области ануса

10. При какой локализации твердого шанкра отмечается симптом торзального козырька?

1. На внутреннем листке крайней плоти
2. На малых половых губах
3. На головке полового члена
4. На мошонке
5. На языке

11. Отметьте редкие варианты твердого шанкра:

1. Герпетический
2. Шанкр без краев
3. Щелевидный
4. Гипертрофический
5. Крустозный

12. Местами излюбленной локализации коркового твердого шанкра являются?

1. Лобок
2. Губы
3. Мошонка

4. Подбородок

5. Язык

Ответы: 1-1, 2-2, 3-2, 4-5, 5-2, 6-5, 7-2, 8-3, 9-3, 10-3, 11-3, 12-2.

3) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

1. Собрать анамнез, установить предполагаемый источник заражения, длительность инкубационного периода.
2. Дать клиническую характеристику первичного аффекта.
3. Провести дифференциальный диагноз твёрдого шанкра с мягким шанкром, шанкриформной пиодермией, генитальным герпесом
4. Написать реферат по теме «Осложнения твердого шанкра»

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов мед.вузов - Москва: Медицина 2009г
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных. Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для студентов. Кировская ГМА. Киров. 2009 г.
3. Е.В. Соколовский Дерматовенерология: учебник - ООО «Издательство «СпецЛит» 2017 г.

Дополнительная:

1. Ермакова А. В. Клинико-патогенетическое значение детоксикационной функции кишечника у больных псориазом. Коррекция лактулозой - Тюмень, 2008
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных, В. В. Рябова Сифилитическая инфекция на современном этапе: эпидемиология, клиника, диагностика и лечение: учебное пособие для студентов мед. вузов. - Кировская ГМА, 2008
3. Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд Дерматология (атлас – справочник) - Мак-Гроу-Хилл- «Практика», 2007.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под ред. Кубановой А.А. - Москва: Деловой экспресс. 2016.

Тема 4.2: Сифилис вторичный.

Цель: Рассмотреть течение вторичного периода сифилиса. Провести осмотр тематических больных.

Задачи: обсудить общее течение сифилитической инфекции. Рассмотреть причины перехода первичного периода сифилиса во вторичный. Изучить классификацию сифилидов вторичного периода, клинику, диагностику, лечение сифилиса вторичного периода.

Обучающийся должен знать: причины генерализации сифилитической инфекции, деление вторичного периода на свежий и рецидивный, классификацию сифилидов вторичного периода, клиническое течение, особенности клиники свежего и рецидивного сифилиса. Принципы диагностики и лечения вторичного сифилиса.

Обучающийся должен уметь: определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента; правильно собрать анамнез, дать характеристику высыпаний; правильно оценить и грамотно описать патологический кожный процесс; распознать первичные и вторичные элементы кожных сыпей; выявить причинные, провоцирующие и способствующие факторы; выделить основные симптомы и синдромы; исследовать дермографизм; проводить дополнительные дерматологические исследования: поскабливание, витропрессию, надавливание пуговчатым зондом, пальпацию, определение чувствительности; провести дифференциальный диагноз; оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; составить план лечения больного с учетом индивидуального диагноза, показаний и противопоказаний для каждого метода лечения; выписать рецепты на лекарственные средства и основные лекарственные формы для наружного применения, показанные данному пациенту; оценить эффективность лечения, установить возможные проявления нежелательного побочного действия лекарств и меры их предупреждения и устранения; сформулировать ближайший и отдаленный прогноз. Дать указания для дальнейшего, в том числе амбулаторного лечения; рекомендовать меры вторичной профилактики (коррекция факторов риска, провоцирующих и способствующих факторов).

Обучающийся должен владеть: навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации; принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общеклинического обследования; интерпретации

результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; навыками постановки предварительного диагноза; алгоритмом развернутого клинического диагноза;

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Вторичный период сифилиса, клиника и течение.
- Клинические особенности пятнистого и папулезного сифилидов и их дифференциальная диагностика.
- Клинические особенности пустулезного сифилида. Алопеция. Лейкодерма. Показания для люмбальной пункции.
- Лабораторная диагностика сифилиса: бактериоскопическая и серологическая.
- Лечение сифилиса Основные принципы и современные методы лечения. Профилактика сифилиса.

2. Практическая работа.

- 1) провести курацию больных в стационаре.
- 2) Цель работы: навыки сбора анамнеза, описания локального статуса, проведения специальных дерматологических методов исследования (витропрессии, исследования дермографизма и т.д.)
- 3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): каждый студент (или группа из 2 – 3 студентов) должен самостоятельно провести клиническое обследование больного: собрать анамнез, обследовать больного, установить диагноз, назначить лечение, выписать рецепты. При отсутствии больных по теме используются муляжи или цветные слайды, к которым прилагается легенда в виде соответствующей истории болезни.

Во время самостоятельной работы студента с больным преподаватель следит за правильностью выполнения студентами методов обследования больного, принятых в дерматовенерологии. В случае возникновения затруднений преподаватель дает методические указания, обращая внимание на допущенные ошибки, при необходимости намечает пути рационального решения поставленной задачи. После окончания обследования больного студенты докладывают результаты своей работы. Преподаватель вносит коррективы, дополнения. В обсуждении материалов, полученных каждым студентом, участвует вся группа.

3. Решить ситуационные задачи

Задания выполняются студентами 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 студентом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. В качестве учебных задач выступают примеры, вопросы, задания, упражнения, рефераты и т. д. 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 студента, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности студентов.

Алгоритм разбора задач:

- описать локальный статус;
- установить клинический диагноз,
- обосновать диагноз,
- назначить план обследования и лечения.

1. У больного А. на коже мошонки и вокруг ануса единичные папулы синюшного цвета величиной 0,5х0,5 см, поверхность части из них эрозирована. Мокнущие папулы находятся и в углах рта. Волосы на волосистой части головы диффузно поредели. КСР 4+. У его половой партнерши «С» на коже туловища множественная мелкая розеолезная сыпь. На задней спайке больших половых губ – эрозия овальной формы мясо-красного цвета. Полиаденит, особенно выражены паховые лимфоузлы слева. Они подвижны, безболезненны. Половая связь с «А» в течение трех месяцев. Поставьте диагноз больным. Кто из них является источником заражения?

Ответ: Диагноз А: вторичный рецидивный сифилис кожи и слизистых (папулезный сифилид, гипертрофические и эрозированные папулы, алопеция) Диагноз С: вторичный свежий сифилис кожи и слизистых (розеолезная сыпь, остатки твердого шанкра?, полиаденит, регионарный лимфаденит). Данный диагноз установлен на основании соответствующих жалоб, анамнеза, клинической картины. Для подтверждения диагноза необходимо дообследование партнерши: взятие мазков с эрозии на на задней спайке (обнаружение спирохеты). У пациента А: проведение люмбальной пункции для исключения нейросифилиса. Пенициллинотерапия по схеме. Источником заражения является пациент А.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. У больного на коже туловища множественная мелкая розеолезная сыпь ярко-красного цвета, на коже ладоней и подошв мелкие папулы. Выражен полиаденит, остатки твердого шанкра в области уздечки полового члена. КСР – 4+ в титре 1:16. Какой следует поставить диагноз?

2. У больного 55 лет, страдающего хроническим алкоголизмом, на боковых поверхностях туловища множественная мелкая, ярко-красного цвета розеолезная сыпь. На коже груди, спины, плеч – обильные акнеформные высыпания без воспалительных явлений вокруг, безболезненные. На головке полового члена имеется плотный, синюшный инфильтрат размером 0,5х0,5 см. Полиаденит, особенно выражены паховые лимфоузлы. КСР – отрицательные. О каком диагнозе следует думать? Какие лабораторные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза? Почему КСР в данном случае могли быть отрицательными?
3. У больной на коже туловища скудная, крупная розеолезная сыпь бледно-розового цвета, в области заднего прохода – широкие кондиломы. КСР – 4+ в титре 1:4. Какой следует поставить диагноз?
4. Больной жалуется на осиплость голоса и выпадение волос в течение последнего месяца. При осмотре полости рта на миндалинах обнаружены слегка возвышающиеся высыпания белесоватого цвета размером до 0,5х0,5 см, часть из них с эрозированной поверхностью. На волосистой части головы отмечается диффузное поредение волос, особенно выраженное в височных областях. На ресницах – ступенчатое разряжение. В анамнезе случайная половая связь 7 месяцев назад. Ваш предположительный диагноз? Как его подтвердить?
5. На прием обратилась женщина с жалобами на трещины в углах рта, появившиеся около двух недель назад. При осмотре в углах рта имеются трещины с плотными краями, безболезненные, без островоспалительных явлений вокруг. На ладонях и подошвах – единичные крупные папулы бурого цвета. Ваш предположительный диагноз и тактика для его утверждения.
6. На прием обратился мужчина 27 лет с жалобами на наличие язвочки на половом члене, которая появилась неделю назад. Занимался самолечением, делал ванночки с раствором перманганата калия. При осмотре на головке полового члена имеется язва округлой формы, размером 0,5х0,5 см, безболезненная, с плотным инфильтратом в основании. Паховые лимфоузлы слева размером 1,5х2,0 см, плотноэластической консистенции, безболезненные. КСР- отрицательные. Бледная трепонема при однократном исследовании не обнаружена. Венеролог назначил исследование крови на РИБТ. Целесообразно ли это? Какие необходимы исследования для установления диагноза?
7. У женщины 48 лет, страдающей инфильтративным туберкулезом легких, на боковых поверхностях туловища единичная, крупная, бледная розеолезная сыпь. На ладонях и подошвах крупные папулы в стадии регресса. В анамнезе половая связь с больным вторичным рецидивным сифилисом, КСР отрицательные. Ваш предположительный диагноз? Какие исследования следует назначить для подтверждения диагноза сифилиса?

4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается обсуждение результатов курации больных, а также разбор ситуационных задач.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 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

1. Укажите время появления симптомов вторичного рецидивного сифилиса после заражения.
2. Укажите время появления симптомов вторичного свежего сифилиса после заражения.
3. Укажите клинические признаки сифилитической розеола.
4. Укажите, какими лабораторными методами подтверждается диагноз сифилиса вторичного.
5. Объясните причины появления вторичного свежего, скрытого и рецидивного сифилиса.
6. В каких случаях при вторичном сифилисе необходимо исследование ликвора?
7. Почему при вторичном рецидивном сифилисе нет остатков твердого шанкра?
8. Почему при вторичном сифилисе папулы на слизистой оболочке полости рта серовато-белого цвета?
9. Почему выпадение волос при сифилисе дифференцируют с гнездной (очаговой) плешивостью?
10. Чем отличается истинная лейкодерма от ложной?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

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. Через какой промежуток времени с момента заражения развивается вторичный период сифилиса?

1. Через месяц
2. Через 2 месяца
3. Через 6 месяцев

4. Через 2,5 месяца
5. Через год

2. Чем отличается вторичный скрытый сифилис от других форм вторичного сифилиса?

1. Отсутствием высыпаний на коже
2. Положительными КСР
3. Отсутствием высыпаний на слизистых оболочках
4. Положительной РИБТ
5. Отсутствием изменений со стороны спинномозговой жидкости

3. Перечислите клинические характеристики, типичные для сифилидов вторичного периода

1. Отсутствие субъективных ощущений
2. Доброкачественность течения
3. Округлые очертания
4. Отсутствие периферического роста
5. Медно-красный, застойный оттенок

4. Какие сифилиды встречаются при вторичном сифилисе?

1. Пятнистый
2. Бугорковый
3. Папулезный
4. Уртикарный
5. Пустулезный

5. Какие сифилиды наиболее часто встречаются при вторичном сифилисе?

1. Пустулезный
2. Папулезный
3. Пигментный
4. Розеолезный
5. Везикулезный

6. Какие сифилиды свидетельствуют о злокачественном течении сифилиса?

1. Пустулезный
2. Розеолезный
3. Везикулезный
4. Пигментный
5. Милиарный папулезный

7. Какой сифилид является косвенным доказательством поражения нервной системы?

1. Лейкодерма
2. Алопеция
3. Широкие кондиломы
4. Эктима

5. Рупия

8. Какие признаки характерны для типичной сифилитической розеола?

1. Округлая форма
2. Розовый цвет
3. Фокусное расположение
4. Отсутствие шелушения
5. Исчезает при надавливании

9. Какие признаки типичны для розеол, возникающих спустя 2—4 месяца с момента заражения?

1. Ярко-розового цвета
2. Симметрично расположенные
3. Множественные
4. Не группируются
5. Мелкие

10. Какие признаки характерны для розеол, возникающих через 6 месяцев с момента заражения?

1. Крупные
2. Овальные
3. Единичные
4. Сливающиеся
5. Бледно-розового цвета

11. Перечислите клинические разновидности сифилитической розеола:

1. Розеола возвышающаяся
2. Розеола зернистая
3. Розеола фолликулярная
4. Розеола уртикарная
5. Розеола сливная

12. Для реакции обострения Яриша-Лукашевича-Герксгеймера характерно:

1. Повышение температуры
2. Кровоточивость слизистых
3. Усиление сифилитических розеол
4. Периферический рост папул
5. Появление розеол на новых местах

13. С каким заболеванием следует дифференцировать розеолезный сифилид?

1. Отрубевидным лишаем
2. Розовым лишаем
3. Токсикодермией
4. Корью
5. Сыпным тифом

Ответы: 1-2, 2-3, 3-5, 4-3, 5-2, 6-3, 7-1, 8-5, 9-5, 10-5, 11-5, 12-3, 13-5.

3) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

1. Провести осмотр больного вторичным сифилисом.
2. На основании данных анамнеза, клинических проявлений заболевания, установить диагноз свежего, рецидивного или скрытого сифилиса.

3. Оценить результаты серологических реакций (КСР, РИФ, ИФА).
4. Провести дифференциальный диагноз вторичного сифилиса от сходных заболеваний.
5. Написать реферат по теме «Разновидности трепонемных и нетрепонемных реакций, современные стандарты диагностики. Феномен про-зоны».

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов мед.вузов - Москва: Медицина 2009г
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных. Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для студентов. Кировская ГМА. Киров. 2009 г.
3. Е.В. Соколовский Дерматовенерология: учебник - ООО «Издательство «СпецЛит» 2017 г.

Дополнительная:

1. Ермакова А. В. Клинико-патогенетическое значение детоксикационной функции кишечника у больных псориазом. Коррекция лактулозой - Тюмень, 2008
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных, В. В. Рябова Сифилитическая инфекция на современном этапе: эпидемиология, клиника, диагностика и лечение: учебное пособие для студентов мед. вузов. - Кировская ГМА, 2008
3. Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд Дерматология (атлас – справочник) - Мак-Гроу-Хилл- «Практика», 2007.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под ред. Кубановой А.А. - Москва: Деловой экспресс. 2016.

Тема 4.3: Сифилис третичный и врожденный. Принципы лечения.

Цель: Рассмотреть течение третичного периода сифилиса. Изучить причины возникновения и клиническое течение врожденного сифилиса.

Задачи: обсудить общее течение сифилитической инфекции. Рассмотреть причины перехода вторичного периода сифилиса в третичный. Изучить классификацию сифилидов третичного периода, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение сифилиса третичного периода. Рассмотреть пути инфицирования плода, периоды протекания врожденного сифилиса, основные признаки и стигмы, принципы лечения и дифференциальной диагностики с приобретенным сифилисом.

Обучающийся должен знать: длительное течение сифилитической инфекции, классификацию сифилидов третичного периода, клиническое течение, особенности клиники бугоркового и гуммозного сифилида. Врожденный сифилис: условия заражения плода, течение сифилитической инфекции во внутриутробном периоде, грудном возрасте, раннем детском возрасте, поздний врожденный сифилис. Достоверные признаки, стигмы врожденного сифилиса. Принципы диагностики и лечения третичного и врожденного сифилиса.

Обучающийся должен уметь: определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента; правильно собрать анамнез, дать характеристику высыпаний; правильно оценить и грамотно описать патологический кожный процесс; распознать первичные и вторичные элементы кожных сыпей; выявить причинные, провоцирующие и способствующие факторы; выделить основные симптомы и синдромы; исследовать дермографизм; проводить дополнительные дерматологические исследования: поскабливание, витропрессию, надавливание пуговчатым зондом, пальпацию, определение чувствительности; провести дифференциальный диагноз; оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; составить план лечения больного с учетом индивидуального диагноза, показаний и противопоказаний для каждого метода лечения; выписать рецепты на лекарственные средства и основные лекарственные формы для наружного применения, показанные данному пациенту; оценить эффективность лечения, установить возможные проявления нежелательного побочного действия лекарств и меры их предупреждения и устранения; сформулировать ближайший и отдаленный прогноз. Дать указания для дальнейшего, в том числе амбулаторного лечения; рекомендовать меры вторичной профилактики (коррекция факторов риска, провоцирующих и способствующих факторов).

Обучающийся должен владеть: навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации; принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; навыками постановки предварительного

диагноза; алгоритмом развернутого клинического диагноза;

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Третичный период сифилиса (активный, скрытый).
- Гуммозный глоссит, гуммы в области черепа и лицевого скелета.
- Клиника, течение, исход. Клинические особенности бугоркового и гуммозного сифилидов на коже и слизистых оболочках и их дифференциальная диагностика.
- Поражение костей, суставов, внутренних органов и нервной системы.
- Врожденный сифилис. Пути передачи инфекции потомству.
- Представление о клинике и течении раннего врожденного сифилиса.
- Клиника позднего врожденного сифилиса. Триада Гетчинсона: зубы Гетчинсона, паренхиматозный кератит, неврит слуховых нервов, вероятные признаки позднего врожденного сифилиса (кисетообразный рот, первые моляры и клыки, околоротовые рубцы Робинсона-Фурнье и др.).

2. Практическая работа.

1) провести курацию больных в стационаре.

2) Цель работы: навыки сбора анамнеза, описания локального статуса, проведения специальных дерматологических методов исследования (витропрессии, исследования дермографизма и т.д.)

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): каждый студент (или группа из 2 – 3 студентов) должен самостоятельно провести клиническое обследование больного: собрать анамнез, обследовать больного, установить диагноз, назначить лечение, выписать рецепты. При отсутствии больных по теме используются муляжи или цветные слайды, к которым прилагается легенда в виде соответствующей истории болезни.

Во время самостоятельной работы студента с больным преподаватель следит за правильностью выполнения студентами методов обследования больного, принятых в дерматовенерологии. В случае возникновения затруднений преподаватель дает методические указания, обращая внимание на допущенные ошибки, при необходимости намечает пути рационального решения поставленной задачи. После окончания обследования больного студенты докладывают результаты своей работы. Преподаватель вносит коррективы, дополнения. В обсуждении материалов, полученных каждым студентом, участвует вся группа.

3. Решить ситуационные задачи

Задания выполняются студентами 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 студентом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. В качестве учебных задач выступают примеры, вопросы, задания, упражнения, рефераты и т. д. 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 студента, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности студентов.

Алгоритм разбора задач:

- описать локальный статус;
- установить клинический диагноз,
- обосновать диагноз,
- назначить план обследования и лечения.

На прием к врачу обратился мужчина 48 лет с жалобами на появление высыпаний на правой боковой поверхности туловища на границе лопаточной и подмышечной областей. Больным себя считает около двух месяцев. Вначале заметил плотные, возвышающиеся над остальной кожей узелки, темно-красного цвета, затем в их центральной части появился участок некроза. Три года назад наблюдал на теле красные пятна, которые без лечения самопроизвольно исчезли. Объективно: сыпь с четкими границами. Первичными элементами ее являются небольшие бугорки, резко отграниченные от здоровой кожи; они образуют кольцо, в центре которого мозаичный рубец. Бугорки плотные, безболезненные. Ваш предположительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать высыпания у данного больного? Дополнительные методы исследования с целью установления окончательного диагноза

Ответ: Диагноз предположительный: активный третичный сифилис (бугорковый сгруппированный сифилид). Данный диагноз установлен на основании соответствующих жалоб, анамнеза, клинической картины. Для подтверждения диагноза необходимо дообследование: серологические реакции ИФА, РИФ, РИБТ. Пенициллинотерапия по схеме. Дифференцировать необходимо с туберкулезной волчанкой, лепрой.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. На коже лица у женщины 38 лет располагаются бугорки синюшно-красного цвета, величиной до 0,8 см в диаметре, плотной консистенции. Процесс занимает всю правую щеку. Больна около трех месяцев. О каких заболеваниях Вы думаете? Как обосновать диагноз?
2. На передней поверхности голени у больного 53 лет располагается язва округлой формы с валикообразными краями, отвесно спускающимися ко дну. Дно красного цвета, в центре имеется корочка, по периферии неприкрытый язвенный дефект, вокруг язвы кожа не изменена. Язва существует уже 4 месяца, субъективно не беспокоит. КСР отрицательные. Ваша тактика для постановки диагноза?
3. При прохождении периодического медицинского осмотра у женщины 30 лет выявлена резко-положительная реакция микропреципитации (МРП). Направлена на консультацию к дермато-венерологу. При осмотре в области правой большой половой губы обнаружен небольшой рубчик. Консультирована терапевтом, окулистом, невропатологом- специфической патологии не выявлено. КСР дважды с интервалом 10 дней 4+ в титре 1:16, РИФ абс – 4+, РИБТ – 62%. Из анамнеза: последний раз сдавала кровь на МРП 3 месяца назад, случайная половая связь 4 месяца назад. Ваш диагноз?
4. У мужчины 48 лет при прохождении медицинского осмотра для устройства на работу поваром МРП 4+. При осмотре венерологом наружных проявлений активного сифилиса не обнаружено. КСР трижды 4+ в титре 1:4, 1:2, РИФ абс 4+, РИБТ – 89%. Смежные специалисты изменений со стороны внутренних органов, глазного дна, нервной системы не выявили. Брак второй, женат 2 года. Жена обследована - здорова. Из анамнеза: случайная половая связь 4 года назад. Ваш предположительный диагноз?
5. Из ревматологического отделения на консультацию к дермато-венерологу направлен больной 49 лет, который находится на лечении по поводу болезни Бехтерева. Была выявлена резко-положительная реакция микропреципитации (МРП). При осмотре наружных проявлений активного сифилиса не обнаружено. Консультирован невропатологом, окулистом, терапевтом-специфической патологии не выявлено. При серологическом обследовании: КСР – 4+ в титре 1:2, 2-ое исследование RW -кард.3+, трепонемный 2+, МР – 4+ 1:2; 3-е исследование – RW-кард.3+, трепонемный 2+, МР – 3+; РИФабс – 2+; РИБТ – 21%. Женат 15 лет, жена обследована – здорова. Случайные половые связи категорически отрицает. Тактика в отношении больного?
6. Женщина обратилась в женскую консультацию по поводу беременности сроком 20 недель. КСР дважды 4+ в титре 1:4, РИФ абс – 4+, РИБТ-52%. Наружных проявлений активного сифилиса нет. Осмотрена смежными специалистами – патологии не выявлено. Полового партнера обследовать невозможно. Тактика в отношении больной?
7. На прием к врачу из детского дома доставлен мальчик 11 лет, жалоб не предъявляет. Рос, отставая в физическом и интеллектуальном развитии от сверстников, часто болеет простудными заболеваниями. Родители неизвестны. Объективно: физическое развитие не соответствует возрасту. Интеллект снижен, кожные покровы чистые, лимфоузлы не увеличены. Череп имеет ягодицеобразную форму, нос седловидный, при осмотре полости рта слизистая без особенностей. Оба передних верхних резца имеют бочкообразную форму. На свободном крае зубов видны полулунные вырезки. Нёбо – высокое. Ваш предположительный диагноз? Тактика для его подтверждения.
8. На прием к врачу родители привели девочку 6 лет. Они обеспокоены неправильным развитием костей нижних конечностей, частыми головными болям и недостаточным развитием интеллекта. Родилась вне акушерского стационара, развивалась, не отставая в физическом развитии от сверстников. Часто болела простудными заболеваниями, устанавливался диагноз рахита. Объективно: кожный покров без высыпаний. Лимфоузлы не увеличены. Обращают на себя внимание деформированные нижние конечности (искривление голени кпереди). Интеллект не соответствует возрасту. Снижена память. Ваш предположительный диагноз? Тактика для его подтверждения.
9. У беременной женщины третьи срочные роды закончились рождением доношенного мальчика весом 3,5 кг. На коже ладоней, подошв, туловища у ребенка обнаружены пузыри с серозным экссудатом, лежащие на плотном инфильтрате. Мать ребенка на учете в женской консультации по поводу беременности не состояла, кровь на КСР не сдавала. Предварительный диагноз? Тактика врача в отношении обследования матери и ребенка.
10. В родильный дом в связи с наступившими родами поступила беременная из кожно-венерологического диспансера, где она находилась на лечении по поводу вторичного рецидивного сифилиса и успела получить 2/3 курсовой дозы пенициллина. Возможен ли врожденный сифилис у ребенка? Какие обследования необходимо провести ребенку в родильном доме? Дальнейшая тактика?
11. На прием обратилась женщина с ребенком, у которого на слизистой полости рта неделю назад появились папулезные высыпания. Ребенку 1 месяц и 2 дня. Он анемичен. При осмотре на ладонях и подошвах кожа инфильтрирована, блесит. Крылья носа уплотнены, насморк. Мать во время беременности «васерманизировалась» лишь в первой половине. КСР были отрицательные. Ваш предположительный

диагноз?

12. При проведении медицинского осмотра в военкомате у призывника обнаружены радиарные рубцы вокруг рта и носа, кисетообразные первые моляры. Ваша тактика?
13. В глазное отделение поступила больная 16 лет, у которой сосуды склер левого глаза резко инъецированы, имеется светобоязнь, помутнение роговицы, считает себя больной три недели. Наметьте план обследования и необходимые мероприятия для подтверждения или исключения врожденного сифилиса.
14. У больного имеются бочкообразные верхние центральные резцы и саблевидные голени. КСР 4+. Диагноз?
15. Больная 20 лет (в семье 3-й ребенок, родители живы) жалуется на ночные боли в костях, успокаивающиеся при ходьбе. В анамнезе – поздний выкидыш. Муж обследован – здоров. При серологическом обследовании больной с интервалом две недели КСР трижды 4+ в титре 1:8, РИФ 200 -4+, РИБТ 96%. При осмотре окулистом на глазном дне выявлены остаточные явления хориоретинита. Рентгенография органов грудной клетки и костей без патологии. Спинномозговая жидкость не изменена. По заключению терапевта и невропатолога специфических поражений не выявлено. Возможный диагноз? Дополнительные пути его подтверждения?
16. Мужчина 25 лет девять дней назад имел половую связь с женщиной, у которой установлен диагноз вторичного свежего сифилиса. При обследовании мужчины клинических проявлений сифилиса не выявлено. КСР отрицательные. Какова должна быть тактика врача в отношении этого мужчины?
17. Женщина «А» три месяца назад имела половой контакт с больным вторичным рецидивным сифилисом. При осмотре «А» клинических и серологических данных, свидетельствующих о сифилисе, не выявлено. Тактика венеролога по отношению к «А»?
18. «А» вызван для обследования в ККВД, т.к. пять месяцев назад имел половую связь с больной скрытым ранним сифилисом. При обследовании «А» наружных проявлений сифилиса нет, КСР и РИФ абс отрицательные. Консультирован специалистами – здоров. Тактика венеролога в отношении «А»?
19. У матери установлен диагноз первичного серопозитивного сифилиса с локализацией твердого шанкра в области левой малой половой губы. Дочери два года, обследована клинико-серологически- здорова. Венеролог назначил ей превентивное лечение. Правильна ли его тактика?
20. У няни детского сада установлен диагноз вторичного свежего сифилиса (обильная розеолезная сыпь, ангина, папулы на слизистой щек). Больная была в тесном контакте с детьми двух групп. Какова тактика в отношении детей?
21. У мужчины 48 лет установлен диагноз скрытого позднего сифилиса. Женат 15 лет. При обследовании жены - клинических проявлений сифилиса нет. КСР, РИФ, РИБТ – отрицательные. Подлежит ли жена лечению?
22. Ребенок родился от матери, получившей полноценное лечение по поводу скрытого раннего сифилиса и профилактическое во время беременности, но с оставшимися положительными КСР. Ребенок комплексно обследован – здоров. Подлежит ли лечению?
23. Ребенок родился от матери, болевшей вторичным свежим сифилисом и получившей полноценное лечение до и во время беременности. КСР у матери отрицательные. Родился ребенок весом 3200 г, ростом 50 см. Клинико-серологических признаков сифилиса нет. Консультирован специалистами – здоров. Подлежит ли профлечению? Подлежит ли ребенок наблюдению и в течение какого времени?

4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается обсуждение результатов курации больных, а также разбор ситуационных задач.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 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
 1. Чем отличаются третичные сифилиды от вторичных?
 2. Почему возникает необходимость дифференциальной диагностики гуммы со скрофулодермой?
 3. Как объяснить формирование на местах бугорков и гумм рубцов?
 4. Какая часть аорты поражается при сифилисе наиболее часто?
 5. В каких костях чаще всего возникают гуммозные остеопериостаты или остеомиелиты?
 6. Какие данные могут помочь в диагностике скрытого третичного сифилиса?
 7. Почему инфицирование плода происходит на 5 месяце беременности?
 8. Назовите симптомы позднего врожденного сифилиса, которые идентичны третичным сифилидам приобретенного сифилиса.

9. Назовите достоверные или безусловные признаки, которые патогномоничны для позднего врожденного сифилиса.
10. Почему возникает псевдопаралич Парро?
11. Почему образуются околоротовые рубцы Фурнье?
12. Почему зубы Гетчинсона являются достоверным признаком врожденного сифилиса?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

- 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. Какие причины могут способствовать возникновению третичного периода сифилиса?

1. Беспорядочные половые связи
2. Алкоголизм, наркомания, токсикомания
3. Неполноценная специфическая терапия
4. Поздняя обращаемость
5. Ослабленная реактивность организма

2. Какие клетки специфичны для сифилитической инфекционной гранулемы?

1. Плазматические
2. Эпителиодные
3. Тучные
4. Пирогова-Ланганса
5. Гигантские

3. Какие существуют клинические разновидности третичного периода сифилиса?

1. Бугорковый
2. Осложненный
3. Гуммозный
4. Серпигинирующий
5. Скрытый

4. Какие клинические особенности свойственны сифилидам третичного периода сифилиса?

1. Малая контагиозность
2. Деструктивный характер
3. Необильны, асимметричны
4. Безболезненны
5. Появляются внезапно

5. Какие клинические характеристики типичны для бугоркового сифилида?

1. Размер 4-5 мм
2. Плотнoэластическая консистенция
3. Гладкая, блестящая поверхность
4. Разрешение рубцом или рубцовой атрофией
5. Отсутствие болезненности

6. Какой рубец образуется после разрешения бугоркового сифилида?

1. Мозаичный
2. Штампованный
3. Звездчатый

4. Мостовидный
5. Атрофический

7. Какие существуют разновидности бугоркового сифилида?

1. Сгруппированный
2. Мозаичный
3. Карликовый
4. Звездчатый
5. Серпигинирующий

8. Какие клинические характеристики типичны для сгруппированного бугоркового сифилида?

1. Фокусное расположение бугорков
2. Появление свежих бугорков на рубцах
3. Отсутствие периферического роста
4. Отсутствие прослоек здоровой кожи
5. Эволюционный полиморфизм

9. Какие клинические характеристики типичны для серпигинирующего бугоркового сифилида?

1. Крупные очаги поражения
2. Наличие крупных бугорков на одном «активном» краю
3. Отсутствие участков здоровой кожи
4. Формирование мозаичного рубца
5. Наличие фокусных рубцов вокруг основного очага— «материк» и «архипелаг»

10. С какими заболеваниями следует дифференцировать бугорковый сифилид?

1. Псориазом
2. Папулонекротическим туберкулезом
3. Контагиозным моллюском
4. Туберкулезной волчанкой
5. Красным плоским лишаем

11. Какие симптомы типичны для бугоркового сифилиса?

1. Зонда
2. Яблочного желе
3. Горчакова
4. Бенье-Мещерского
5. Никольского

12. При дифференциальной диагностике

бугоркового сифилиса и папулонекротического туберкулеза следует учитывать, что в последнем случае:

1. Бугорки мягкой консистенции
2. Высыпания преобладают на туловище
3. Процесс симметричный
4. Часто поражаются слизистые оболочки
5. Возникают штампованные рубчики

13. При дифференциальной диагностике бугоркового сифилида и туберкулезной волчанки следует учитывать, что в последнем случае:

1. Чаще болеют дети
2. Процесс чаще разрешается рубцовой атрофией
3. Бугорки подсыпают на старых рубцах
4. Положителен симптом зонда
5. Положителен феномен «яблочного желе»

14. Какой морфологический элемент представляет собой гумма?

1. Узел
2. Папула
3. Бугорок
4. Эктима
5. Рупия

15. Перечислите клинические разновидности гуммозного сифилида:

1. Солитарные гуммы
2. Серпигинирующие гуммы
3. Гуммозные инфильтраты
4. Сгруппированные гуммы
5. Фиброзные гуммы

16. Какие существуют пути разрешения сифилитических гумм?

1. Склерозирование

Ответы: 1-5, 2-1, 3-3, 4-5, 5-5, 6-1, 7-3, 8-3, 9-2, 10-2, 11-4, 12-3, 13-5, 14-1, 15-3, 16-5, 17-3, 18-5, 19-1, 20-5.

3) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

1. Дать характеристику первичных морфологических элементов при третичном сифилисе.
2. Оценить локализацию поражений при третичном сифилисе.
3. Проанализировать течение, симптоматику, характер поражений кожи и слизистых, внутренних органов, опорно-двигательного аппарата, нервной системы при врожденном сифилисе.
4. Написать реферат по теме «Достоверные, вероятные признаки врожденного сифилиса и стигмы»

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов мед.вузов - Москва: Медицина 2009г
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных. Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для студентов. Кировская ГМА. Киров. 2009 г.
3. Е.В. Соколовский Дерматовенерология: учебник - ООО «Издательство «СпецЛит» 2017 г.

Дополнительная:

1. Ермакова А. В. Клинико-патогенетическое значение детоксикационной функции кишечника у больных псориазом. Коррекция лактулозой - Тюмень, 2008
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных, В. В. Рябова Сифилитическая инфекция на современном этапе:

2. Петрификация
3. Рубцовая атрофия
4. Изъязвление
5. Рубцевание

17. Сифилитическая гумма отличается от фурункула отсутствием:

1. Болезненности
2. Изъязвления
3. Островоспалительной реакции
4. Плотного инфильтрата
5. Обильного гнойного отделяемого

18. Перечислите осложнения сифилитической гуммы:

1. Перфорация
2. Кровотечение
3. Мутиляция
4. Фагеденизм
5. Элефантиаз

19. Какой рубец образуется на месте гуммы?

1. Звездчатый
2. Мозаичный
3. Мостовидный
4. Келлоидный
5. Штампованный

20. С какими заболеваниями следует дифференцировать гуммозный сифилис?

1. Скрофулодерма
2. Пендинскаяят
3. Липома
4. Споротрихоз
5. Индуративная эритема Базена

эпидемиология, клиника, диагностика и лечение: учебное пособие для студентов мед. вузов. - Кировская ГМА, 2008

3. Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд Дерматология (атлас – справочник) - Мак-Гроу-Хилл- «Практика», 2007.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под ред. Кубановой А.А. - Москва: Деловой экспресс. 2016.

Тема 4.4: Гонорея женщин и детская. Принципы лечения сифилиса и гонореи. Гонорея мужчин.

Цель: изучить историю изучения гонореи, эпидемиологию, условия заражения, течение гонококковой инфекции у мужчин, женщин, детей. Изучить лечение гонореи.

Задачи: обсудить общее течение гонококковой инфекции. Рассмотреть эпидемиологию и причины высокой заболеваемости гонореей. Изучить классификацию гонореи, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение, диспансеризацию.

Обучающийся должен знать: эпидемиологию и пути заражения гонореей у лиц мужского и женского пола, у детей, классификацию гонококковой инфекции, течение, диагностику, лечение, диспансеризацию.

Обучающийся должен уметь: определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента; правильно собрать анамнез, дать характеристику высыпаний; правильно оценить и грамотно описать патологический кожный процесс; распознать первичные и вторичные элементы кожных сыпей; выявить причинные, провоцирующие и способствующие факторы; выделить основные симптомы и синдромы; исследовать дермографизм; проводить дополнительные дерматологические исследования: поскабливание, витропрессию, надавливание пуговчатым зондом, пальпацию, определение чувствительности; провести дифференциальный диагноз; оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; составить план лечения больного с учетом индивидуального диагноза, показаний и противопоказаний для каждого метода лечения; выписать рецепты на лекарственные средства и основные лекарственные формы для наружного применения, показанные данному пациенту; оценить эффективность лечения, установить возможные проявления нежелательного побочного действия лекарств и меры их предупреждения и устранения; сформулировать ближайший и отдаленный прогноз. Дать указания для дальнейшего, в том числе амбулаторного лечения; рекомендовать меры вторичной профилактики (коррекция факторов риска, провоцирующих и способствующих факторов).

Обучающийся должен владеть: навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации; принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; навыками постановки предварительного диагноза; алгоритмом развернутого клинического диагноза;

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Гонорея. Возбудитель, его биологические свойства, пути заражения, инкубационный период.
- Методы этиологической и топической диагностики.
- Классификация. Клиника гонорейного уретрита. Профилактика (общественная и личная).
- Принципы лечения: антибиотики (азитромицин, эритромицин, доксициклин и др.) и иммуностропные препараты.

2. Практическая работа.

- 1) провести курацию больных в стационаре.
- 2) Цель работы: навыки сбора анамнеза, описания локального статуса, проведения специальных дерматологических методов исследования (витропрессии, исследования дермографизма и т.д.)
- 3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): каждый студент (или группа из 2 – 3 студентов) должен самостоятельно провести клиническое обследование больного: собрать анамнез, обследовать больного, установить диагноз, назначить лечение, выписать рецепты. При отсутствии больных по теме используются муляжи или цветные слайды, к которым прилагается легенда в виде соответствующей истории болезни.

Во время самостоятельной работы студента с больным преподаватель следит за правильностью выполнения студентами методов обследования больного, принятых в дерматовенерологии. В случае возникновения затруднений преподаватель дает методические указания, обращая внимание на допущенные ошибки, при

необходимости намечает пути рационального решения поставленной задачи. После окончания обследования больного студенты докладывают результаты своей работы. Преподаватель вносит коррективы, дополнения. В обсуждении материалов, полученных каждым студентом, участвует вся группа.

3. Решить ситуационные задачи

Задания выполняются студентами 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 студентом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. В качестве учебных задач выступают примеры, вопросы, задания, упражнения, рефераты и т. д. 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 студента, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности студентов.

Алгоритм разбора задач:

- описать локальный статус;
- установить клинический диагноз,
- обосновать диагноз,
- назначить план обследования и лечения.

1. У новорожденной девочки на протяжении 3х недель обильное гнойное отделяемое из глаз и половой щели. Девочка от первой беременности и первых родов в срок с весом 4 кг. Сразу после родов два раза проведена профилактика гонобленореи 30% раствором сульфацил-натрия (альбуцида), тем не менее появилась клиника инфекционного заболевания глаз и выделения желтого цвета из вульвы. У матери за неделю до родов появились гнойные выделения и рези при мочеиспускании, к врачу не обращалась. При поступлении в род.дом – скрыла жалобы от врача акушера-гинеколога.

Ответ: Диагноз: офтальмобленнорея, острый вульвовагинит гонококковой этиологии. Диагноз установлен на основании соответствующих жалоб, анамнеза, клинической картины. Дообследование: мазок на наличие гонококковой инфекции. Лечение: антибиотикотерапия по схеме.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. К врачу обратилась женщина 30 лет, с жалобами на жидкие гнойные, нередко пенистые выделения, жжение при мочеиспускании. При осмотре выявлена повышенная кровоточивость слизистой оболочки шейки матки. На лабораторную диагностику был взят мазок из уретры. Заключение: обнаружен возбудитель урогенитального трихомониаза.
2. На прием к терапевту обратился больной 25 лет, с жалобами на болезненность при мочеиспускании, выделения из уретры большого количества желтовато-зеленого гноя, отечность губок наружного отверстия уретры по утрам. В ходе беседы пациент сообщает, что несколько дней назад у него был «случайный» не защищенный половой контакт.
3. Больной К., 16 лет, учащийся колледжа, имеет постоянное место жительства, поступил в венерологическое отделение с жалобами на гнойные выделения из уретры и рези при мочеиспускании. Болен 10 дней. Имел половой контакт со случайной партнершей, через 6 дней после чего появились гнойные выделения из уретры и рези при мочеиспускании. С этими явлениями, где при исследовании в мазках из уретры был обнаружен гонококк. При поступлении состояние удовлетворительное, губки наружного отверстия уретры гиперемированы, отечны, уретра пальпируется в виде мягко-эластического тяжа, выделения из нее обильные, гнойные. Наружные половые органы без особенностей, предстательная железа при пальпации не изменена. Мочеиспускание свободное, частое, умеренно болезненное. Макроскопическое исследование мочи: обе порции диффузно мутные. Микроскопическое исследование мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения. Микроскопическое исследование мазков отделяемого слизистой оболочки уретры: лейкоцитоз и гонококки. Общий анализ крови: Нв 142 г/л, лейкоциты - $5,4 \times 10^9$ /л, СОЭ 6 мм в час. Комплекс серологических реакций на сифилис отрицателен.
4. Через неделю после полового акта с незнакомой женщиной больной Г., 28 лет, почувствовал боль и жжение при мочеиспускании, гнойные выделения из уретры. При осмотре: губки уретры гиперемированы, отечны. Из мочеиспускательного канала стекают обильные гнойные выделения. При проведении двухстаканной пробы Томпсона помутнение мочи первой порции. В мазках, окрашенных по Грамму, обнаружены диплококки.
5. Больной Б, 39 лет, холост, обратился в РКВД с жалобами на скудные выделения из уретры в виде "утренней капли" и непостоянные боли в области промежности и крестца. Болен около года, когда после случайной половой связи появились выделения из уретры. Лечился амбулаторно по поводу свежего гонорейного уретрита препаратами пенициллина, после чего наблюдались явления постгонорейного

уретрита, получал тетрациклин, трихопол в больших дозах длительными курсами. Наблюдалось некоторое улучшение. Направлен в РКВД в связи с безуспешностью терапии. Объективно: Кожные покровы свободны от высыпаний, половые органы развиты правильно по мужскому типу. При осмотре отмечается небольшая отечность губок наружного отверстия уретры и скудные слизистые выделения. Моча в первой порции и во второй порции прозрачная и содержит единичные слизисто-гнойные нити. При исследовании простаты через прямую кишку изменений не определяется.

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

4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается обсуждение результатов курации больных, а также разбор ситуационных задач.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 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

1. Особенности возбудителя гонореи.
2. Какие основные пути и способы заражения гонореей?
3. Перечислите принципы классификации гонореи.
4. Назовите основные симптомы свежей гонореи.
5. Какие основные пути и способы заражения гонореей у мужчин?
6. Перечислите принципы классификации гонореи у женщин.
7. назовите основные симптомы свежей гонореи, острого переднего гонорейного уретрита.
8. Назовите основные симптомы свежей гонореи у женщин.
9. Назовите основные симптомы хронической гонореи у мужчин.
10. Перечислите основные осложнения гонореи у мужчин.
11. В чем заключаются особенности течения гонореи на современном этапе?
12. Для чего применяется двухстаканная проба исследования мочи?
13. Как правильно брать мазки у мужчин при уретральных выделениях?
14. Почему необходимо выявлять источники заражения и обследовать контактных лиц больных гонореей?
15. Почему для снятия с учета все лица, лечившиеся по поводу гонореи, обязаны пройти контрольное обследование и какое?
16. Почему мазки, взятые у больных, окрашиваются по Граму и анилиновыми красителями?
17. Почему при диагностике хронической гонореи используются провокации и бакткриологическое исследование?
18. Почему лечение свежей торпидной и хронической гонореи начинают с применения иммунотерапии?
19. Почему больной гонореей с не выявленным источником заражения находится на клинико-серологическом контроле 6 месяцев?

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 уреаплазмой
5. с гарднереллами

4. Наиболее доступным для поражения

гонококками являются слизистые оболочки, выстланные

1. многослойным плоским неороговевающим эпителием
2. переходным эпителием
3. цилиндрическим эпителием
4. многослойным плоским ороговевающим эпителием
5. кубическим эпителием

5. Гонококки могут распространяться в организме больных следующими путями

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

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

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

13. При острой и подострой формах неосложненной гонореи показана терапия

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

1. антибиотиков
2. гоновакцины
3. антигистаминных препаратов
4. препаратов кальция
5. спазмолитиков

15. Для рецидивов гонореи характерно

1. сохранение клинических проявлений заболевания после лечения
2. сохранение повышенного лейкоцитоза в мазках
3. нахождение в мазках трихомонад
4. отсутствие клинического выздоровления после лечения

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.

3) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

1. Правильно собрать анамнез, установить предполагаемый источник заражения.
2. Провести осмотр, оценить клинические признаки, установить диагноз.
3. Оценить данные лабораторных методов исследования: бактериоскопический, бактериологический, уретроскопия.
4. Наметить план лечения больного.
5. Собрать анамнез с учётом клинико – эпидемиологических данных.
6. На основании клинических проявлений, данных анамнеза, установить предполагаемый срок заражения, правильно сформулировать диагноз.
7. Оценить результаты двухстаканной пробы, микроскопического и бактериологического исследования.
8. Провести комбинированную провокацию (биологическую и химическую).
9. Написать реферат по темам: «Осложнения гонореи у мужчин и женщин», «Методы провокации при гонорее», «Детская гонорея и офтальмобленнорея».

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов мед.вузов - Москва: Медицина 2009г
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных. Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для студентов. Кировская ГМА. Киров. 2009 г.
3. Е.В. Соколовский Дерматовенерология: учебник - ООО «Издательство «СпецЛит» 2017 г.

Дополнительная:

1. Ермакова А. В. Клинико-патогенетическое значение детоксикационной функции кишечника у больных псориазом. Коррекция лактулозой - Тюмень, 2008
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных, В. В. Рябова Сифилитическая инфекция на современном этапе: эпидемиология, клиника, диагностика и лечение: учебное пособие для студентов мед. вузов. - Кировская ГМА, 2008
3. Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд Дерматология (атлас – справочник) - Мак-Гроу-Хилл- «Практика», 2007.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под ред. Кубановой А.А. - Москва: Деловой экспресс. 2016.

Тема 4.5: Негонококковые уретриты. Зачетное занятие.

Цель: изучить негонококковые уретриты (клинику, стандарты диагностики и терапии на современном этапе). Оценка знаний, умений, навыков и контроль результатов освоения дисциплины

Задачи: Изучить классификацию, течение, диагностику, лечение негонококковых уретритов. Рассмотреть меры личной и общественной профилактики ЗППП. Обсудить реферативные сообщения.

Обучающийся должен знать: Негонококковые уретриты: уреаплазмоз, трихомониаз, микоплазмоз, хламидиоз. Клинику, диагностику, лечение.

Обучающийся должен уметь: определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента; правильно собрать анамнез, дать характеристику высыпаний; правильно оценить и грамотно описать патологический кожный процесс; распознать первичные и вторичные элементы кожных сыпей; выявить причинные, провоцирующие и способствующие факторы; выделить основные симптомы и синдромы; исследовать дермографизм; проводить дополнительные дерматологические исследования: поскабливание, витропрессию, надавливание пуговчатым зондом, пальпацию, определение чувствительности; провести дифференциальный диагноз; оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; составить план лечения больного с учетом индивидуального диагноза, показаний и противопоказаний для каждого метода лечения; выписать рецепты на лекарственные средства и основные лекарственные формы для наружного применения, показанные данному пациенту; оценить эффективность лечения, установить возможные проявления нежелательного побочного действия лекарств и меры их предупреждения и устранения; сформулировать ближайший и отдаленный прогноз. Дать указания для дальнейшего, в том числе амбулаторного лечения; рекомендовать меры вторичной профилактики (коррекция факторов риска, провоцирующих и способствующих факторов).

Обучающийся должен владеть: навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, морально-этической аргументации; принципами врачебной

деонтологии и медицинской этики; навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; навыками постановки предварительного диагноза; алгоритмом развернутого клинического диагноза;

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Трихомониаз. Возбудитель, пути заражения, инкубационный период, лабораторная диагностика и топическая. Клиника, принципы лечения, препараты (метронидазол, тиберал, солкотриховак и др.). Ответственная и личная профилактика.
- Хламидиоз. Возбудитель, его свойства. Распространенность, пути заражения, инкубационный период. Клиника хламидийного уретрита, конъюнктивита, артрита (болезнь Рейтера). Методы диагностики (бактериоскопический, бактериологический, иммунофлюоресцентный и др.).
- Принципы лечения: антибиотики (азитромицин, эритромицин, доксициклин и др.) и иммуностимулирующие препараты.

2. Практическая работа.

- 1) провести курацию больных в стационаре.
- 2) Цель работы: навыки сбора анамнеза, описания локального статуса, проведения специальных дерматологических методов исследования (витропрессии, исследования дермографизма и т.д.)
- 3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): каждый студент (или группа из 2 – 3 студентов) должен самостоятельно провести клиническое обследование больного: собрать анамнез, обследовать больного, установить диагноз, назначить лечение, выписать рецепты. При отсутствии больных по теме используются муляжи или цветные слайды, к которым прилагается легенда в виде соответствующей истории болезни.

Во время самостоятельной работы студента с больным преподаватель следит за правильностью выполнения студентами методов обследования больного, принятых в дерматовенерологии. В случае возникновения затруднений преподаватель дает методические указания, обращая внимание на допущенные ошибки, при необходимости намечает пути рационального решения поставленной задачи. После окончания обследования больного студенты докладывают результаты своей работы. Преподаватель вносит коррективы, дополнения. В обсуждении материалов, полученных каждым студентом, участвует вся группа.

3. Решить ситуационные задачи

Задания выполняются студентами 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 студентом, требование выполнить определенную поисковую деятельность и на ее основе принять правильное решение. В качестве учебных задач выступают примеры, вопросы, задания, упражнения, рефераты и т. д. 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 студента, их использование является как средством обучения, так и контроля, а также средством воспитания самостоятельности студентов.

Алгоритм разбора задач:

- описать локальный статус;
 - установить клинический диагноз,
 - обосновать диагноз,
 - назначить план обследования и лечения.
1. Поставьте диагноз, наметьте план лечения и основные профилактические мероприятия. 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

Ответ: Диагноз: острый трихомонадный уретрит. Диагноз установлен на основании соответствующих жалоб, анамнеза, клинической картины. Дообследование: мазок на наличие гонококковой инфекции. Лечение препаратами имидазольного ряда. Профилактика: избегать случайных половых связей, множественных половых связей.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. 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.
2. К врачу обратилась женщина 30 лет, с жалобами на жидкие гнойные, нередко пенные выделения,

жжение при мочеиспускании. При осмотре выявлена повышенная кровоточивость слизистой оболочки шейки матки. На лабораторную диагностику был взят мазок из уретры. Заключение: обнаружен возбудитель урогенитального трихомониаза.

3. Больной В., родился от второй беременности. Беременность протекала с явлениями токсикоза, закончилась преждевременными родами на 37 неделе беременности. Мальчик родился массой 3,0 кг, длиной 52 см. К груди приложили на 3 сутки, сосал вяло. На 6 день у новорожденного появился двусторонний отек век, сужение глазной щели, обильные слизистые и гнойные выделения. Конъюнктивит век резко гиперемизирован, инфильтрирован. При рождении ребенку была проведена профилактика гонобленореи 30% раствором сульфацила натрия. При исследовании отделяемого из глаз на гонококки результат отрицательный. Лечение сульфацилом натрия безуспешно. При исследовании соскоба с конъюнктивы ребенка и соскоба из шейки матки у матери методом прямой иммунофлюоресценции обнаружены хламидии.
4. Ребенок Х, 9 лет заболел 8 сентября 2006 года, когда повысилась температура тела до 39,2°, появился двусторонний конъюнктивит и дизурические расстройства (рези при мочеиспускании и его учащение, особенно в ночное время). Через несколько дней начались боли в левом коленном суставе, сопровождающиеся отеком и гиперемией этой области. 12 сентября госпитализирован в травматологическое отделение с диагнозом: травматический артрит. При поступлении отмечалось повышение лейкоцитов $10 \times 10^9 / \text{л}$, СОЭ 52 мм/час, СРБ ++++. На пораженный сустав была наложена гипсовая повязка. Однако через 2 дня возникла боль, отек и гиперемия в правом коленном суставе, и ребенок был переведен в ревматологическое отделение детской больницы. При поступлении состояние средней тяжести, ходит с трудом, шадя конечности. Область обоих коленных суставов отечна, суставы значительно увеличены в объеме (правый коленный сустав диаметром 29 см, левый - 30 см), кожа над пораженными суставами горячая на ощупь, но не гиперемизирована. Выраженная атрофия мышц обоих бедер и голени. На слизистой мягкого и твердого неба и головке полового члена округлые эрозии с четкими краями и желтоватой поверхностью без гнойного отделяемого. Губки уретры не изменены, свободных выделений из уретры нет. Предстательная железа диаметром около 1 см с четкими контурами эластической консистенции. В соскобе из уретры лейкоциты покрывают все поле зрения, в центрифугате мочи после массажа предстательной железы лейкоцитов 15-20 в поле зрения. Элементарные тельца хламидий обнаружены в соскобе из уретры, с поверхности эрозий на твердом небе и половом члене.
5. Больная Б., 30 лет состоит 3 года в бесплодном браке. Обратилась в женскую консультацию с жалобами на ощущение влажности в половых органах, небольшие боли в пояснице при менструациях. Объективно: свободных выделений из уретры нет. При осмотре гинекологическим зеркалом слизистая влагалища не изменена, шейка матки отечна, из цервикального канала - умеренные слизисто-гнойные выделения, вокруг наружного зева имеется яркое красное пятно, являющееся проявлением эндоцервицита, с четким наружным краем. При бимануальном исследовании матка и придатки не увеличены. При обследовании мужа - выявлен хронический уретрит, катаральный простатит. При исследовании соскоба из уретры у мужа и цервикального канала женщины обнаружены микоплазмы методом иммунофлюоресценции с моноклокальными антителами
6. Больной Б., 20 лет обратился в клинику РКВД с жалобами на обильные выделения из уретры, рези при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание и рези в конце его, болезненные эрекции. Заболел остро 2 дня назад, заболевание связывает со случайной половой связью 12 дней назад. Об-но: кожа половых органов и перианальной области свободна от высыпаний. Половые органы развиты правильно, по мужскому типу. Из уретры обильное гнойное отделяемое, губки наружного отверстия уретры резко гиперемизированы, отечны, уретра гиперемизирована, болезненная при пальпации. Половой член в полужестком состоянии. При пальпации органов мошонки патологии нет. При пальпаторном обследовании простаты - изменений нет. При проведении двухстаканной пробы моча мутная в двух стаканах, имеются гнойные нити и хлопья. При исследовании мазков из уретры на гонококки, трихомонады, мазка мочи на трихомонады (осадка мочи) и соскоба на хламидии и бактериологическом исследовании на уреоплазму обнаружены гонококки и уреоплазма.

4. Задания для групповой работы

Для групповой работы на занятии предполагается обсуждение результатов курации больных, а также разбор ситуационных задач.

5. Зачетное занятие (примеры заданий предоставлены в приложении Б к рабочей программе):

- прием практических навыков (обследование больного в присутствии преподавателя, защита курсовой истории болезни);
- компьютерное тестирование;
- собеседование;
- ситуационные задачи.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 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

1. С какой целью и как проводится тоническая диагностика уретритов?
2. Какие методы лабораторной диагностики применяются для подтверждения диагноза – трихомонадный уретрит?
3. Как производится забор материала для лабораторных исследований?
4. Перечислите основные клинические формы трихомонадного уретрита.
5. Укажите симптомы, характерные для восходящей гонореи.
6. Перечислите основные осложнения хламидиоза.
7. Чем объясняется частое мочеиспускание при тотальном уретрите?
8. Почему больным с уретритами запрещается употребление алкоголя, острой, пряной и соленой пищи?
9. В каких случаях для диагностики уретрита применяют бактериологическое исследование отделяемого из уретрита?
10. Почему при острых уретритах не применяется инструментальное исследование уретрита и местное лечение?
11. С какой целью используется иммунотерапия при торпидных и хронических уретритах?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Выберите эффективное средство для лечения хламидийного уретрита:

- а) бисептол
- б) трихопол
- в) сумамед
- г) бициллин
- д) делагил

2. Лабораторный диагноз трихомониаза основывается:

- а) на иммунофлюоресцентном методе
- б) на микроскопии
- в) на реакции Борде -Жангу
- г) на культуральном методе
- д) на реакции Закса-Витебского

3. Хламидийный уретрит характеризуется:

- а) постоянными дизурическими расстройствами
- б) малосимптомным или субъективно бессимптомным течением
- в) гематурией
- г) отсутствием эффекта от пенициллинотерапии
- д) эффектом от пенициллинотерапии

4. В лечении гарднереллеза используется

- а) ампициллин
- б) тинидазол
- в) бициллин-3
- г) трихопол
- д) бициллин-5

5. В диагностике уреаплазмоза применяются:

- а) ПЦР
- б) реакция Борде -Жангу
- в) реакция Закса-Витебского
- г) проба Бальцера
- д) обследование с помощью лампы Вуда

6. Синдром Рейтера:

- а) проявляется уретро-окулосиновиальным синдромом
- б) встречается у молодых мужчин
- в) сопровождается развитием цирцинарного баланита
- г) возможны псориазиформные высыпания на коже
- д) возможны висцеральные поражения

7. Под трихомонадоносительством понимают:

- а) хроническое течение
- б) наличие трихомонад и отсутствие клинических признаков
- в) свежий торпидный уретрит
- г) ничего из перечисленного

8. Для болезни Рейтера характерны стадии:

- а) инфекционно-токсическая
- б) иммунного воспаления
- в) атрофии
- г) неверно в)
- д) все перечисленное верно

9. Полная триада болезни Рейтера включает:

- а) асимметричный моноартрит, конъюнктивит, уретрит
- б) уретрит, конъюнктивит, мышечные атрофии
- в) цирцинарный баланит, бурсит, наличие антигена HLA B27

10. Укажите микроскопические данные, характерные для аллергического уретрита

- а) повышенное количество лейкоцитов
- б) повышенное количество эозинофилов
- в) повышенное количество эпителиальных клеток
- г) обнаружение ключевых клеток

Ответы: 1 – в; 2 – б, 2, 5; 3 - б; 4 - г; 5 – а; 6 – а, в, г; 7 - б; 8 - г; 9 – а; 10 - б.

3) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

1. Правильно собрать анамнез, установить предполагаемый источник заражения.
2. Провести осмотр, оценить клинические признаки, установить диагноз.
3. Оценить данные лабораторных методов исследования: бактериоскопический, бактериологический, уретро-скопия.
4. Наметить план лечения больного.
5. Собрать анамнез с учётом клинико – эпидемиологических данных.
6. На основании клинических проявлений, данных анамнеза, установить предполагаемый срок заражения, правильно сформулировать диагноз.
7. Оценить результаты двухстаканной пробы, микроскопического и бактериологического исследования.
8. Провести комбинированную провокацию (биологическую и химическую).
9. Написать реферат по темам: «Хламидиоз и болезнь Рейтера», «Уреаплазмоз», «Микоплазмоз», «Гарднереллез», «Трихомониаз», «Осложнения гонореи у мужчин и женщин», «Методы провокации при гонорее», «Детская гонорея и офтальмобленнорея».
10. Подготовка к зачетному занятию.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Учебник для врачей и студентов мед.вузов - Москва: Медицина 2009г
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных. Клинические проявления ранних форм сифилиса: атлас: наглядное учеб. пособие для студентов. Кировская ГМА. Киров. 2009 г.
3. Е.В. Соколовский Дерматовенерология: учебник - ООО «Издательство «СпецЛит» 2017 г.

Дополнительная:

1. Ермакова А. В. Клинико-патогенетическое значение детоксикационной функции кишечника у больных псориазом. Коррекция лактулозой - Тюмень, 2008
2. С. В. Кошкин, Т. В. Чермных, В. В. Рябова Сифилитическая инфекция на современном этапе: эпидемиология, клиника, диагностика и лечение: учебное пособие для студентов мед. вузов. - Кировская ГМА, 2008
3. Т. Фицпатрик, Р. Джонсон, К. Вульф, М. Полано, Д. Сюрмонд Дерматология (атлас – справочник) - Мак-Гроу-Хилл- «Практика», 2007.

Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под ред. Кубановой А.А. - Москва: Деловой экспресс. 2016.

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

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

Приложение Б к рабочей программе дисциплины

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся
по дисциплине «Дерматовенерология»

Специальность 31.05.03 Стоматология
Направленность (профиль) ОПОП - Стоматология
(очная форма обучения)

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
		Знать	Уметь	Владеть		
ОК-8	готовностью к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	33. Принятые в обществе моральные и правовые нормы, регламентирующие взаимоотношения врача с коллегами по работе, медицинским персоналом.	У3. Соблюдать нравственные нормы поведения в коллективе не зависимо от социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий. Выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива	В3. Навыками соблюдения принципов врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами	Раздел 1. Организация дерматовенерологической помощи в России. Введение в дерматологию. Раздел 2. Дерматология. Раздел 3. Инфекционные и паразитарные болезни. Раздел 4. Венерология.	8 семестр
		35. Моральные и правовые аспекты поведения при построении взаимоотношений с врачами, средним и младшим медицинским персоналом, а также с пациентами и их родственниками.	У5. Формировать взаимоотношения в различных коллективах с учетом нравственных, правовых и социокультурных норм поведения.	В5. Приемами общения с представителями медицинского сообщества различных уровней, пациентами и их родственниками на основе этических, деонтологических, социальных правил и норм. Навыками толерантного общения с людьми различных конфессий и национальностей.		
ОПК-9	способностью к оценке	32. Строение, топографию и развитие клеток,	У2. Пользоваться научной терминологией	В2. Медико-функциональным	Раздел 1. Организация	8 семестр

	морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач	тканей, органов и систем организма, их функциональные интеграции в норме и при патологии. Гистофизиологические особенности возрастные, половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма. Гистофункциональные особенности тканевых элементов, методы их исследования для своевременной диагностики заболеваний. Нормальное гистологическое строение зубов, челюстей. Эмбриология зубо-челюстной области, основные нарушения эмбриогенеза	цитологии и гистологии в оценке гистофизиологического состояния органов или тканей. Давать морфологическую и гистофизиологическую характеристику изучаемых макроскопических, микроскопических препаратов и электронограмм. Интегрировать результаты световых методов морфологической оценки цитологических, гистологических препаратов различных клеточных, тканевых и органных структур для выявления системных патологий.	понятийным аппаратом. Навыками микрофотографии и анализа морфологических, гистологических препаратов и электронных микрофотографий.	дерматовенерологической помощи в России. Введение в дерматологию. Раздел 2. Дерматология. Раздел 3. Инфекционные и паразитарные болезни. Раздел 4. Венерология.	
		33. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики стоматологических и общесоматических заболеваний, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики обследования и оценки функционального состояния организма	У3. Проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; сделать заключение о состоянии стоматологического и общесоматического здоровья	В3. Методами функциональной диагностики; интерпретацией результатов объективного осмотра, лабораторных, инструментальных методов диагностики		
ПК-1	способностью и готовностью к осуществлению комплекса	33. Этиологию, эпидемиологию, патогенез наиболее часто	У3. Осуществлять комплекс необходимых первичных	В3. Приемами эпидемиологической диагностики	Раздел 1. Организация	8 Семестр

<p>мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>встречающихся инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний; причины и условия возникновения и распространения неинфекционных заболеваний у населения; профилактические и противоэпидемические мероприятия</p>	<p>противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных болезней; использовать инструктивно-методические документы, регламентирующие профилактическую и противоэпидемическую работу; осуществлять комплекс первичных профилактических мероприятий неинфекционных заболеваний.</p>	<p>приоритетных нозологических форм; правилами проведения противоэпидемических мероприятий в очаге; методами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам; методами профилактики антропонозных и зоонозных инфекций с различными путями передачи; навыками популяционной диагностики; теоретическими и методическими основами профилактики наиболее распространенных неинфекционных заболеваний.</p>	<p>дерматовенерологической помощи в России. Введение в дерматологию. Раздел 2. Дерматология. Раздел 3. Инфекционные и паразитарные болезни. Раздел 4. Венерология.</p>	
	<p>34. Комплексную взаимосвязь между стоматологическим здоровьем, питанием, общим здоровьем, заболеваниями, применением лекарственных препаратов. Современные методы оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней. Основы профилактической медицины, направленной на сохранение здоровья населения. Профилактика основных заболеваний и пограничных состояний челюстно-лицевой области у взрослых и детей. Методы профилактики</p>	<p>У4. Использовать методы первичной и вторичной профилактики стоматологических заболеваний в различных возрастных группах (на основе доказательной медицины), устанавливать причинно-следственные связи изменений стоматологического здоровья от воздействия факторов среды обитания. Проводить профилактику заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области,</p>	<p>В4. Методами оценки состояния стоматологического здоровья населения различных возрастных групп. Методами организации первичной профилактики стоматологических заболеваний, формирования мотивации к поддержанию стоматологического здоровья отдельных лиц, семей и общества, в том числе, к отказу от вредных привычек, влияющих на состояние полости рта. Методами проведения мероприятий по снижению заболеваемости, включая инфекционные заболевания, инвалидизации, смертности,</p>		

		зубочелюстных, лицевых аномалий у детей и взрослых Особенности профилактики онкопатологии	височно-челюстного сустава, слюнных желез	летальности Навыками формирования плана профилактической стоматологической помощи пациенту, назначение и выполнение профилактических процедур, подбор лекарственных препаратов для профилактики стоматологических заболеваний.		
ПК-5	готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания	31. Этиологию, патогенез, клиническую картину, диагностику, особенности течения и возможные осложнения часто встречающихся заболеваний, протекающих в типичной форме. Клинические проявления основных синдромов, требующих хирургического лечения. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического и инфекционного профиля. Взаимосвязь строения и функционирования зубочелюстной системы с нарушениями со стороны носоглотки, дыхательной и пищеварительной систем, опорно-двигательного аппарата.	У1. Собрать полный анамнез. Проводить физикальные исследования и интерпретировать их результаты, интерпретировать результаты первичного и повторного осмотра пациентов. Проводить общее клиническое обследование детей и взрослых. Обосновывать необходимость направления пациентов на консультацию к врачам-специалистам. Определить состояние, требующее неотложной медицинской помощи.	В1. Владеть навыками получения информации от пациентов (их родственников/ законных представителей) и ее интерпретации, навыками проведения и интерпретации результатов первичного и повторного осмотра пациентов, установления предварительного диагноза. Навыками анкетирования пациентов на предмет общего состояния здоровья, выявления сопутствующих заболеваний. Владеть навыками направления пациентов на лабораторные, инструментальные исследования, консультацию к врачам-специалистам, дополнительные обследования и интерпретировать полученные результаты.	Раздел 1. Организация дерматовенерологической помощи в России. Введение в дерматологию. Раздел 2. Дерматология. Раздел 3. Инфекционные и паразитарные болезни. Раздел 4. Венерология.	8 семестр

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

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное сред-ство	
	не зачтено	зачтено	зачтено	зачтено	для те-кущего кон-троля	для проме-жуточ-ной ат-теста-ции
ОК-8						
Знать (3)	Фрагментарные знания принятых в обществе моральных и правовых норм, регламентирующих взаимоотношения врача с коллегами по работе, медицинским персоналом.	Общие, но не структурированные знания принятых в обществе моральных и правовых норм, регламентирующих взаимоотношения врача с коллегами по работе, медицинским персоналом.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания принятых в обществе моральных и правовых норм, регламентирующих взаимоотношения врача с коллегами по работе, медицинским персоналом.	Сформированные систематические знания принятых в обществе моральных и правовых норм, регламентирующих взаимоотношения врача с коллегами по работе, медицинским персоналом.	Реферат	Компьютерное тестирование, Собеседование
Знать (5)	Фрагментарные знания моральных и правовых аспектов поведения при построении взаимоотношений с врачами, средним и младшим медицинским персоналом, а также с пациентами и их родственниками.	Общие, но не структурированные знания моральных и правовых аспектов поведения при построении взаимоотношений с врачами, средним и младшим медицинским персоналом, а также с пациентами и их родственниками.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания моральных и правовых аспектов поведения при построении взаимоотношений с врачами, средним и младшим медицинским персоналом, а также с пациентами и их родственниками.	Сформированные систематические знания моральных и правовых аспектов поведения при построении взаимоотношений с врачами, средним и младшим медицинским персоналом, а также с пациентами и их родственниками.		
Уметь (3)	Частично освоенное умение соблюдать нравственные нормы поведения в коллективе не зависимо от социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий. Выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение соблюдать нравственные нормы поведения в коллективе не зависимо от социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий. Выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение соблюдать нравственные нормы поведения в коллективе не зависимо от социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий. Выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива	Сформированное умение соблюдать нравственные нормы поведения в коллективе не зависимо от социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий. Выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива	Собеседование	Собеседование
Уметь (5)	Частично освоенное умение формировать взаимоотношения в различных коллективах с учетом нравственных, правовых и социокультурных норм поведения.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение формировать взаимоотношения в различных коллективах с учетом нравственных, правовых и социокультурных норм поведения.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение формировать взаимоотношения в различных коллективах с учетом нравственных, правовых и социокультурных норм поведения.	Сформированное умение формировать взаимоотношения в различных коллективах с учетом нравственных, правовых и социокультурных норм поведения.		
Владеть (3)	Фрагментарное применение навыков соблюдения принципов врачебной этики и деонтологии в	В целом успешное, но не систематическое применение навыков соблюдения принципов	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков соблюдения	Успешное и систематическое применение навыков соблюдения принципов врачебной этики и	Собеседование	Собеседование

	работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами	врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами	принципов врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами	деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами		
Владеть (5)	Фрагментарное владение приемами общения с представителями медицинского сообщества различных уровней, пациентами и их родственниками на основе этических, деонтологических, социальных правил и норм. Навыков толерантного общения с людьми различных конфессий и национальностей.	В целом успешное, но не систематическое владение приемами общения с представителями медицинского сообщества различных уровней, пациентами и их родственниками на основе этических, деонтологических, социальных правил и норм. Навыков толерантного общения с людьми различных конфессий и национальностей.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение приемами общения с представителями медицинского сообщества различных уровней, пациентами и их родственниками на основе этических, деонтологических, социальных правил и норм. Навыков толерантного общения с людьми различных конфессий и национальностей.	Успешное и систематическое владение приемами общения с представителями медицинского сообщества различных уровней, пациентами и их родственниками на основе этических, деонтологических, социальных правил и норм. Навыков толерантного общения с людьми различных конфессий и национальностей.		
ОПК-9						
Знать (2)	Фрагментарные знания строения, топографии и развития клеток, тканей, органов и систем организма, их функциональные интеграции в норме и при патологии, гистофизиологических особенностей, возрастных, половых и индивидуальных особенностей строения и развития здорового и больного организма, гистофункциональных особенностей тканевых элементов, методов их исследования для своевременной диагностики заболеваний, нормального гистологического строения зубов, челюстей, эмбриологии зубо-челюстной области, основных нарушений эмбриогенеза.	Общие, но не структурированные знания строения, топографии и развития клеток, тканей, органов и систем организма, их функциональные интеграции в норме и при патологии, гистофизиологических особенностей, возрастных, половых и индивидуальных особенностей строения и развития здорового и больного организма, гистофункциональных особенностей тканевых элементов, методов их исследования для своевременной диагностики заболеваний, нормального гистологического строения зубов, челюстей, эмбриологии зубо-челюстной области, основных нарушений эмбриогенеза.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания строения, топографии и развития клеток, тканей, органов и систем организма, их функциональные интеграции в норме и при патологии, гистофизиологических особенностей, возрастных, половых и индивидуальных особенностей строения и развития здорового и больного организма, гистофункциональных особенностей тканевых элементов, методов их исследования для своевременной диагностики заболеваний, нормального гистологического строения зубов, челюстей, эмбриологии зубо-челюстной области, основных нарушений эмбриогенеза.	Сформированные систематические знания строения, топографии и развития клеток, тканей, органов и систем организма, их функциональные интеграции в норме и при патологии, гистофизиологических особенностей, возрастных, половых и индивидуальных особенностей строения и развития здорового и больного организма, гистофункциональных особенностей тканевых элементов, методов их исследования для своевременной диагностики заболеваний, нормального гистологического строения зубов, челюстей, эмбриологии зубо-челюстной области, основных нарушений эмбриогенеза.	Ситуационные задачи, Собеседование	Компьютерное тестирование, Собеседование.
Знать (3)	Фрагментарные знания современных методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики	Общие, но не структурированные знания современных методов клинической, лабораторной и инструментальной	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания современных методов клинической, лабораторной и	Сформированные систематические знания современных методов клинической, лабораторной и инструментальной		

	стоматологических и общесоматических заболеланий, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основных методик обследования и оценки функционального состояния организма	диагностики стоматологических и общесоматических заболеланий, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основных методик обследования и оценки функционального состояния организма	инструментальной диагностики стоматологических и общесоматических заболеланий, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основных методик обследования и оценки функционального состояния организма	диагностики стоматологических и общесоматических заболеланий, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основных методик обследования и оценки функционального состояния организма		
Уметь (2)	Частично освоенное умение пользоваться научной терминологией цитологии и гистологии в оценке гистофизиологического состояния органов или тканей. Давать морфологическую и гистофизиологическую характеристику изучаемых макроскопических, микроскопических препаратов и электронограмм. Интегрировать результаты световых методов морфологической оценки цитологических, гистологических препаратов различных клеточных, тканевых и органных структур для выявления системных патологий.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение пользоваться научной терминологией цитологии и гистологии в оценке гистофизиологического состояния органов или тканей. Давать морфологическую и гистофизиологическую характеристику изучаемых макроскопических, микроскопических препаратов и электронограмм. Интегрировать результаты световых методов морфологической оценки цитологических, гистологических препаратов различных клеточных, тканевых и органных структур для выявления системных патологий.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение пользоваться научной терминологией цитологии и гистологии в оценке гистофизиологического состояния органов или тканей. Давать морфологическую и гистофизиологическую характеристику изучаемых макроскопических, микроскопических препаратов и электронограмм. Интегрировать результаты световых методов морфологической оценки цитологических, гистологических препаратов различных клеточных, тканевых и органных структур для выявления системных патологий.	Сформированное умение пользоваться научной терминологией цитологии и гистологии в оценке гистофизиологического состояния органов или тканей. Давать морфологическую и гистофизиологическую характеристику изучаемых макроскопических, микроскопических препаратов и электронограмм. Интегрировать результаты световых методов морфологической оценки цитологических, гистологических препаратов различных клеточных, тканевых и органных структур для выявления системных патологий.	Ситуационные задачи, Собеседование, Практические навыки	Ситуационные задачи, Собеседование, Практические навыки, История болезни.
Уметь (3)	Частично освоенное умение проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; сделать заключение о состоянии стоматологического и общесоматического здоровья	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; сделать заключение о состоянии стоматологического и	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; сделать заключение о состоянии стоматологического и	Сформированное умение проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания), интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; сделать заключение о состоянии стоматологического и общесоматического здоровья		

		общесоматического здоровья	общесоматического здоровья			
Владеть (2)	Фрагментарное владение медико-функциональным понятием аппаратом. Навыками микрокопирования и анализа морфологических, гистологических препаратов и электронных микрофотографий.	В целом успешное, но не систематическое владение медико-функциональным понятием аппаратом. Навыками микрокопирования и анализа морфологических, гистологических препаратов и электронных микрофотографий.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение медико-функциональным понятием аппаратом. Навыками микрокопирования и анализа морфологических, гистологических препаратов и электронных микрофотографий.	Успешное и систематическое владение медико-функциональным понятием аппаратом. Навыками микрокопирования и анализа морфологических, гистологических препаратов и электронных микрофотографий.	Ситуационные задачи, Собеседование Практические навыки	Ситуационные задачи, Собеседование, Практические навыки, История болезни.
Владеть (3)	Фрагментарное применение методов функциональной диагностики; интерпретации результатов объективного осмотра, лабораторных, инструментальных методов диагностики	В целом успешное, но не систематическое применение методов функциональной диагностики; интерпретации результатов объективного осмотра, лабораторных, инструментальных методов диагностики	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение методов функциональной диагностики; интерпретации результатов объективного осмотра, лабораторных, инструментальных методов диагностики	Успешное и систематическое применение методов функциональной диагностики; интерпретации результатов объективного осмотра, лабораторных, инструментальных методов диагностики		
ПК-1						
Знать (3)	Фрагментарные знания этиологии, эпидемиологии, патогенеза наиболее часто встречающихся инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний; причин и условий возникновения и распространения неинфекционных заболеваний у населения; профилактических и противоэпидемических мероприятий	Общие, но не структурированные знания этиологии, эпидемиологии, патогенеза наиболее часто встречающихся инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний; причин и условий возникновения и распространения неинфекционных заболеваний у населения; профилактических и противоэпидемических мероприятий	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии, эпидемиологии, патогенеза наиболее часто встречающихся инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний; причин и условий возникновения и распространения неинфекционных заболеваний у населения; профилактических и противоэпидемических мероприятий	Сформированные систематические знания этиологии, эпидемиологии, патогенеза наиболее часто встречающихся инфекционных, паразитарных и неинфекционных заболеваний; причин и условий возникновения и распространения неинфекционных заболеваний у населения; профилактических и противоэпидемических мероприятий	Реферат, Собеседование.	Компьютерное тестирование, Ситуационные задачи, Собеседование.
Знать (4)	Фрагментарные знания комплексной взаимосвязи между стоматологическим здоровьем, питанием, общим здоровьем, заболеваниями, применением лекарственных препаратов. Современных методов оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии	Общие, но не структурированные знания комплексной взаимосвязи между стоматологическим здоровьем, питанием, общим здоровьем, заболеваниями, применением лекарственных препаратов. Современных методов оценки природных и медико-социальных факторов	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания комплексной взаимосвязи между стоматологическим здоровьем, питанием, общим здоровьем, заболеваниями, применением лекарственных препаратов. Современных методов оценки природных и медико-	Сформированные систематические знания комплексной взаимосвязи между стоматологическим здоровьем, питанием, общим здоровьем, заболеваниями, применением лекарственных препаратов. Современных методов оценки природных и медико-		

	<p>болезней. Основ профилактической медицины, направленной на сохранение здоровья населения. Профилактики основных заболеваний и пограничных состояний челюстно-лицевой области у взрослых и детей Методов профилактики зубочелюстных, лицевых аномалий у детей и взрослых Особенностей профилактики онкопатологии</p>	<p>среды в развитии болезней. Основ профилактической медицины, направленной на сохранение здоровья населения. Профилактики основных заболеваний и пограничных состояний челюстно-лицевой области у взрослых и детей Методов профилактики зубочелюстных, лицевых аномалий у детей и взрослых Особенностей профилактики онкопатологии</p>	<p>социальных факторов среды в развитии болезней. Основ профилактической медицины, направленной на сохранение здоровья населения. Профилактики основных заболеваний и пограничных состояний челюстно-лицевой области у взрослых и детей Методов профилактики зубочелюстных, лицевых аномалий у детей и взрослых Особенностей профилактики онкопатологии</p>	<p>среды в развитии болезней. Основ профилактической медицины, направленной на сохранение здоровья населения. Профилактики основных заболеваний и пограничных состояний челюстно-лицевой области у взрослых и детей Методов профилактики зубочелюстных, лицевых аномалий у детей и взрослых Особенностей профилактики онкопатологии</p>		
Уметь (3)	<p>Частично освоенное умение осуществлять комплекс необходимых первичных противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных болезней; использовать инструктивно-методические документы, регламентирующие профилактическую и противоэпидемическую работу; осуществлять комплекс первичных профилактических мероприятий неинфекционных заболеваний.</p>	<p>В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение осуществлять комплекс необходимых первичных мероприятий в очагах инфекционных болезней; использовать инструктивно-методические документы, регламентирующие профилактическую и противоэпидемическую работу; осуществлять комплекс первичных профилактических мероприятий неинфекционных заболеваний.</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение осуществлять комплекс необходимых первичных мероприятий в очагах инфекционных болезней; использовать инструктивно-методические документы, регламентирующие профилактическую и противоэпидемическую работу; осуществлять комплекс первичных профилактических мероприятий неинфекционных заболеваний.</p>	<p>Сформированное умение осуществлять комплекс необходимых первичных мероприятий в очагах инфекционных болезней; использовать инструктивно-методические документы, регламентирующие профилактическую и противоэпидемическую работу; осуществлять комплекс первичных профилактических мероприятий неинфекционных заболеваний.</p>	<p>Ситуационные задачи, Собеседование, Практические навыки</p>	<p>Компьютерное тестирование, Ситуационные задачи, Собеседование, Практические навыки, История болезни.</p>
Уметь (4)	<p>Частично освоенное умение использовать методы первичной и вторичной профилактики стоматологических заболеваний в различных возрастных группах (на основе доказательной медицины), устанавливать причинно-следственные связи изменений стоматологического здоровья от воздействия факторов среды обитания. Проводить профилактику заболеваний зубов, пародонта,</p>	<p>В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение использовать методы первичной и вторичной профилактики стоматологических заболеваний в различных возрастных группах (на основе доказательной медицины), устанавливать причинно-следственные связи изменений стоматологического здоровья от воздействия факторов среды обитания. Проводить</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение использовать методы первичной и вторичной профилактики стоматологических заболеваний в различных возрастных группах (на основе доказательной медицины), устанавливать причинно-следственные связи изменений стоматологического здоровья от воздействия факторов среды обитания. Проводить</p>	<p>Сформированное умение использовать методы первичной и вторичной профилактики стоматологических заболеваний в различных возрастных группах (на основе доказательной медицины), устанавливать причинно-следственные связи изменений стоматологического здоровья от воздействия факторов среды обитания. Проводить профилактику заболеваний зубов, пародонта,</p>		

	слизистой оболочки полости рта, губ, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-челюстного сустава, слюнных желез	профилактику заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-челюстного сустава, слюнных желез	профилактику заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-челюстного сустава, слюнных желез	слизистой оболочки полости рта, губ, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-челюстного сустава, слюнных желез		
Владеть (3)	Фрагментарное владение приемами эпидемиологической диагностики приоритетных нозологических форм; правилами проведения противоэпидемических мероприятий в очаге; методами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам; методами профилактики антропонозных и зоонозных инфекций с различными путями передачи; навыками популяционной диагностики; теоретическими и методическими основами профилактики наиболее распространенных неинфекционных заболеваний.	В целом успешное, но не систематическое владение приемами эпидемиологической диагностики приоритетных нозологических форм; правилами проведения противоэпидемических мероприятий в очаге; методами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам; методами профилактики антропонозных и зоонозных инфекций с различными путями передачи; навыками популяционной диагностики; теоретическими и методическими основами профилактики наиболее распространенных неинфекционных заболеваний.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение приемами эпидемиологической диагностики приоритетных нозологических форм; правилами проведения противоэпидемических мероприятий в очаге; методами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам; методами профилактики антропонозных и зоонозных инфекций с различными путями передачи; навыками популяционной диагностики; теоретическими и методическими основами профилактики наиболее распространенных неинфекционных заболеваний.	Успешное и систематическое владение приемами эпидемиологической диагностики приоритетных нозологических форм; правилами проведения противоэпидемических мероприятий в очаге; методами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам; методами профилактики антропонозных и зоонозных инфекций с различными путями передачи; навыками популяционной диагностики; теоретическими и методическими основами профилактики наиболее распространенных неинфекционных заболеваний.	Ситуационные задачи, Собеседование, Практические навыки	Ситуационные задачи, Собеседование, Практические навыки, История болезни.
Владеть (4)	Фрагментарное применение методов оценки состояния стоматологического здоровья населения различных возрастных групп. Методов организации первичной профилактики стоматологических заболеваний, формирования мотивации к поддержанию стоматологического здоровья отдельных лиц, семей и общества, в том числе, к отказу от вредных привычек, влияющих на состояние полости рта. Методов проведения	В целом успешное, но не систематическое применение методов оценки состояния стоматологического здоровья населения различных возрастных групп. Методов организации первичной профилактики стоматологических заболеваний, формирования мотивации к поддержанию стоматологического здоровья отдельных лиц, семей и общества, в том числе, к отказу от вредных привычек, влияющих на состояние полости рта.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение методов оценки состояния стоматологического здоровья населения различных возрастных групп. Методов организации первичной профилактики стоматологических заболеваний, формирования мотивации к поддержанию стоматологического здоровья отдельных лиц, семей и общества, в том числе, к отказу от вредных привычек, влияющих на состояние	Успешное и систематическое применение методов оценки состояния стоматологического здоровья населения различных возрастных групп. Методов организации первичной профилактики стоматологических заболеваний, формирования мотивации к поддержанию стоматологического здоровья отдельных лиц, семей и общества, в том числе, к отказу от вредных привычек, влияющих на состояние		

	<p>мероприятий по снижению заболеваемости, включая инфекционные заболевания, инвалидизации, смертности, летальности</p> <p>Навыков формирования плана профилактической стоматологической помощи пациенту, назначение и выполнение профилактических процедур, подбор лекарственных препаратов для профилактики стоматологических заболеваний.</p>	<p>Методов проведения мероприятий по снижению заболеваемости, включая инфекционные заболевания, инвалидизации, смертности, летальности</p> <p>Навыков формирования плана профилактической стоматологической помощи пациенту, назначение и выполнение профилактических процедур, подбор лекарственных препаратов для профилактики стоматологических заболеваний.</p>	<p>полости рта.</p> <p>Методов проведения мероприятий по снижению заболеваемости, включая инфекционные заболевания, инвалидизации, смертности, летальности</p> <p>Навыков формирования плана профилактической стоматологической помощи пациенту, назначение и выполнение профилактических процедур, подбор лекарственных препаратов для профилактики стоматологических заболеваний.</p>	<p>Методов проведения мероприятий по снижению заболеваемости, включая инфекционные заболевания, инвалидизации, смертности, летальности</p> <p>Навыков формирования плана профилактической стоматологической помощи пациенту, назначение и выполнение профилактических процедур, подбор лекарственных препаратов для профилактики стоматологических заболеваний.</p>		
--	--	---	---	---	--	--

ПК-5

<p>Знать (1)</p>	<p>Фрагментарные знания этиологии, патогенеза, клинической картины, диагностики, особенностей течения и возможных осложнений часто встречающихся заболеваний, протекающих в типичной форме. Клинических проявлений основных синдромов, требующих хирургического лечения. Современных методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического и инфекционного профиля.</p> <p>Взаимосвязи строения и функционирования зубочелюстной системы с нарушениями со стороны носоглотки, дыхательной и пищеварительной систем, опорно-двигательного аппарата.</p>	<p>Общие, но не структурированные знания этиологии, патогенеза, клинической картины, диагностики, особенностей течения и возможных осложнений часто встречающихся заболеваний, протекающих в типичной форме. Клинических проявлений основных синдромов, требующих хирургического лечения. Современных методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического и инфекционного профиля.</p> <p>Взаимосвязи строения и функционирования зубочелюстной системы с нарушениями со стороны носоглотки, дыхательной и пищеварительной систем, опорно-двигательного аппарата.</p>	<p>Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии, патогенеза, клинической картины, диагностики, особенностей течения и возможных осложнений часто встречающихся заболеваний, протекающих в типичной форме. Клинических проявлений основных синдромов, требующих хирургического лечения. Современных методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического и инфекционного профиля.</p> <p>Взаимосвязи строения и функционирования зубочелюстной системы с нарушениями со стороны носоглотки, дыхательной и пищеварительной систем, опорно-двигательного аппарата.</p>	<p>Сформированные систематические знания этиологии, патогенеза, клинической картины, диагностики, особенностей течения и возможных осложнений часто встречающихся заболеваний, протекающих в типичной форме. Клинических проявлений основных синдромов, требующих хирургического лечения. Современных методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического и инфекционного профиля.</p> <p>Взаимосвязи строения и функционирования зубочелюстной системы с нарушениями со стороны носоглотки, дыхательной и пищеварительной систем, опорно-двигательного аппарата.</p>	<p>Реферат, Собеседование.</p>	<p>Компьютерное тестирование, Ситуационные задачи, Собеседование,</p>
<p>Уметь (1)</p>	<p>Частично освоенное умение собрать полный анамнез. Проводить физикальные исследования и</p>	<p>В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение собрать полный анамнез. Проводить</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение собрать полный анамнез.</p>	<p>Сформированное умение собрать полный анамнез. Проводить физикальные исследования и</p>	<p>Ситуационные задачи,</p>	<p>Ситуационные задачи,</p>

	интерпретировать их результаты, интерпретировать результаты первичного и повторного осмотра пациентов. Проводить общее клиническое обследование детей и взрослых. Обосновывать необходимость направления пациентов на консультацию к врачам-специалистам. Определить состояние, требующее неотложной медицинской помощи.	физикальные исследования и интерпретировать их результаты, интерпретировать результаты первичного и повторного осмотра пациентов. Проводить общее клиническое обследование детей и взрослых. Обосновывать необходимость направления пациентов на консультацию к врачам-специалистам. Определить состояние, требующее неотложной медицинской помощи.	Проводить физикальные исследования и интерпретировать их результаты, интерпретировать результаты первичного и повторного осмотра пациентов. Проводить общее клиническое обследование детей и взрослых. Обосновывать необходимость направления пациентов на консультацию к врачам-специалистам. Определить состояние, требующее неотложной медицинской помощи.	интерпретировать их результаты, интерпретировать результаты первичного и повторного осмотра пациентов. Проводить общее клиническое обследование детей и взрослых. Обосновывать необходимость направления пациентов на консультацию к врачам-специалистам. Определить состояние, требующее неотложной медицинской помощи.	Собеседование, Практические навыки	Собеседование, Практические навыки, История болезни.
Владеть (1)	Фрагментарное владение навыками получения информации от пациентов (их родственников/ законных представителей) и ее интерпретации, навыками проведения и интерпретации результатов первичного и повторного осмотра пациентов, установления предварительного диагноза. Навыками анкетирования пациентов на предмет общего состояния здоровья, выявление сопутствующих заболеваний. Навыками направления пациентов на лабораторные, инструментальные исследования, консультацию к врачам-специалистам, дополнительные обследования и интерпретировать полученные результаты.	В целом успешное, но не систематическое владение навыками получения информации от пациентов (их родственников/ законных представителей) и ее интерпретации, навыками проведения и интерпретации результатов первичного и повторного осмотра пациентов, установления предварительного диагноза. Навыками анкетирования пациентов на предмет общего состояния здоровья, выявление сопутствующих заболеваний. Навыками направления пациентов на лабораторные, инструментальные исследования, консультацию к врачам-специалистам, дополнительные обследования и интерпретировать полученные результаты.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владение навыками получения информации от пациентов (их родственников/ законных представителей) и ее интерпретации, навыками проведения и интерпретации результатов первичного и повторного осмотра пациентов, установления предварительного диагноза. Навыками анкетирования пациентов на предмет общего состояния здоровья, выявление сопутствующих заболеваний. Навыками направления пациентов на лабораторные, инструментальные исследования, консультацию к врачам-специалистам, дополнительные обследования и интерпретировать полученные результаты.	Успешное и систематическое владение навыками получения информации от пациентов (их родственников/ законных представителей) и ее интерпретации, навыками проведения и интерпретации результатов первичного и повторного осмотра пациентов, установления предварительного диагноза. Навыками анкетирования пациентов на предмет общего состояния здоровья, выявление сопутствующих заболеваний. Навыками направления пациентов на лабораторные, инструментальные исследования, консультацию к врачам-специалистам, дополнительные обследования и интерпретировать полученные результаты.	Ситуационные задачи, Собеседование, Практические навыки	Ситуационные задачи, Собеседование, Практические навыки, История болезни.

3. Типовые контрольные задания и иные материалы

3.1. Примерные вопросы к зачету (промежуточная аттестация) и собеседованию (текущий контроль), критерии оценки (ОК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

- Дерматиты. Токсикодермии
- Истинная экзема.
- Нейродермит.
- Псориаз.
- Красный плоский лишай.
- Крапивница.
- Склеродермия.
- Чесотка. Лечение чесотки.

- Педикулез.
- Пиодермии.
- Лечение зудящих дерматозов
- Розовый лишай Жибера
- Микробная экзема.
- Вирусные заболевания кожи
- Зооантропофильная микроспория.
- Антропофильная микроспория
- Поверхностная трихофития.
- Глубокая трихофития и ее лечение.
- Эпидермофития.
- Кератомикозы, лечение кератомикозов.
- Рубромикоз..
- Онихомикозы: клиника, принципы лечения
- Хроническая форма красной волчанки.
- Пузырные дерматозы
- Герпетиформный дерматоз Дюринга.
- Многоформная экссудативная эритема.
- Лепра.
- Диссеминированные формы туберкулеза.
- Ограниченные формы туберкулеза кожи.
- Дерматомиозит.
- Принципы лечения кожных заболеваний
- Основные лекарственные формы для наружного применения. Действие их как форм, независимо от химического состава.
- Лечение псориаза.
- Лечение красного плоского лишая.
- Лечение поверхностных пиодермий
- Лечение аллергодерматозов
- Лечение склеродермии
- Лечение трихомикозов.
- Лечение эпидермофитии, рубромикоза.
- Лечение кандидозов
- Лечение туберкулеза кожи.
- Лечение хронической красной волчанки.
- Сифилис. Этиология, патогенез, течение.
- Первичный сифилис. Дифференциальная диагностика первичного периода сифилиса.
- Сифилис вторичный.
- Сифилис вторичный рецидивный.
- Дифференциальная диагностика вторичного периода сифилиса
- Сифилис третичный
- Ранний врожденный сифилис.
- Поздний врожденный сифилис.
- Принципы лечения сифилиса (приобретенного и врожденного).
- Профилактика и лечение врожденного сифилиса.
- Свежий уретрит у мужчин и его осложнения.
- Свежая гонорея нижнего отдела мочеполовой системы у женщин.
- Хроническая гонорея нижнего отдела мочеполовой системы у женщин.
- Восходящая гонорея у женщин.
- Гонорея у детей.
- Лечение свежей гонореи
- Лечение осложненной гонореи.
- Хламидиоз. Болезнь Рейтера.
- Мягкий шанкр.
- Эпидемиология ВИЧ-инфекции: этиологические пути заражения, группариска
- Дерматологические аспекты СПИДа
- Лечение трихомониоза, гарднереллеза

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 тестовые задания, критерии оценки (ОК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

1 уровень:

1) К первичным морфологическим элементам относятся (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

#пузырёк

эрозия

#волдырь

пигментация

#бугорок

2) К вторичным морфологическим элементам относятся: (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

узелок

#лихенификация

#язва

пятно

#эксориация

3) Причиной возникновения простого контактного дерматита являются: (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

#щелочи высокой концентрации

лекарственные вещества

#боевые отравляющие вещества

#лакокрасочные изделия

#действие высоких температур

4) Для простого контактного дерматита характерно: (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

сенсibilизация организма

#воздействие облигатного раздражителя

распространенный процесс

#локализация только на месте воздействия

раздражителя

воздействие факультативного раздражителя

5) Для экземы характерны: (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

моновалентная сенсibilизация

#поливалентная сенсibilизация

аллергическая реакция немедленного типа

аллергическая реакция медленно-замедленного типа

#аллергическая реакция замедленного типа

6) Типичными клиническими симптомами экзем являются: (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

#зуд

#поливалентная сенсibilизация

#полиморфизм высыпаний

#параллергия

#мокнутие

7) Какие теории имеют место в патогенезе псориаза? (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

#наследственная

#неврогенная

#обменная

#инфекционно-аллергическая

#эндокринная

8) В патогенезе каких заболеваний играет роль сезонный фактор? (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

#псориаз

пиодермия

#красный плоский лишай

розовые угри

чесотка

9) Какие нозологические формы относятся к болезням соединительной ткани? (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

#дерматомиозит

пузырчатка

#красная волчанка

буллезный эпидермолиз

#склеродермия

10) Какой контингент населения чаще болеет красной волчанкой? (ОК-8, ПК-1)

#лица, продолжительно пребывающие на солнце

#возрастная группа 20-40 лет

лица, принимающие гризеофульвин, тетрациклин

#блондины

представители белой расы

11) Для отрубевидного лишая характерны следующие клинические проявления: (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

розеола

#невоспалительные гиперпигментные пятна

волдыри

#псевдолейкодерма

геморрагические пятна

12) Какие признаки патогномичны для отрубевидного лишая? (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

симптом Никольского

#йодная проба Бальцера

реакция Яриша-Лукашевича-Геркстеймера

#симптом Бенъе

симптом Бенъе-Мещерского

13) Какова тактика врача при лечении пациента розовым лишаем? (ОК-8, ОПК-9, ПК-5)

#запретить ношение одежды из синтетики и шерсти

назначение интенсивной наружной терапии

#запретить водные процедуры

назначение УФО

#назначение гипосенсибилизирующей терапии

14) К экзогенным факторам, способствующим развитию пиодермии, относятся: (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

#травмы кожи

акромегалия

переохлаждение

кардиопатия

#высокая активность возбудителя

15) Какие характеристики типичны для бледной трепонемы? (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

#Спиралевидная форма

Неравномерная ширина завитков

#Равномерное закругление завитков

Заострение завитков

#Количество оборотов спирали 8—12

16) Какие виды движений совершает бледная трепонема? (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

#Поступательное

#Вращательное

Сгибательное

Контрактильное

#Маятникообразное

17) Чем отличается вторичный скрытый сифилис от других форм вторичного сифилиса? (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

#Отсутствием высыпаний на коже

#Положительными КСР

#Отсутствием высыпаний на слизистых оболочках

#Положительной РИБТ

Отсутствием изменений со стороны спинномозговой жидкости

18) Перечислите клинические характеристики, типичные для сифилидов вторичного периода (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

#Отсутствие субъективных ощущений

#Доброкачественность течения

#Округлые очертания

#Отсутствие периферического роста

#Медно-красный, застойный оттенок

19) Какие причины могут способствовать возникновению третичного периода сифилиса? (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

Беспорядочные половые связи

#Алкоголизм, наркомания, токсикомания

#Неполноценная специфическая терапия

#Поздняя обращаемость

#Ослабленная реактивность организма

20) Какие клетки специфичны для сифилитической инфекционной гранулемы? (ПК-1, ПК-5)

#Плазматические

#Эпителиодные

Тучные

Пирогова-Ланганса

Гигантские

2 уровень:

- 1) соотнесите группы экзогенных факторов с примерами (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)
 - механический=трение, давление
 - физический=УФ, ионизирующее излучение
 - химический=кислота, щелочь
 - биологический=ядовитые растения и животные
- 2) соотнесите признак с формой заболевания (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)
 - симметричные очаги с мокнутием и "серозными колодцами"=дисгидротическая экзема
 - сопутствующий онихомикоз, очаги на стопах и голенях=микотическая экзема
 - поражение лица, волосистой части головы, "скальпирующий" зуд, рыхлые жирные корки=себорейная экзема
 - поражение кожи нижних конечностей, упорное вялое течение, незначительная эритема, зуд, шелушение=варикозная экзема
 - асимметричные очаги в виде бляшек с бордюром отслаивающегося рогового слоя, слабым мокнутием, крупными эрозиями=нуммулярная экзема
- 3) соотнесите признак и клиническую форму склеродермии (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)
 - очаг по типу "удара саблей"=линейная форма
 - белые пятна вдоль позвоночника без атрофических изменений=склероатрофический лишай
 - пятно диаметром 5 см, кожа в складку не собирается=бляшечная форма
 - множественные пятнистые высыпания с поверхностной атрофией=атрофодермия Пазини-Пьерини
 - глубокие атрофические изменения=гемиатрофия лица Ромберга
- 4) соотнесите возбудителя и заболевание (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)
 - *St. pyogenes*=стрептодермия
 - *Ph. rubis*=лобковый педикулез
 - *P. humanus capitis*=головной педикулез
 - HPV=остроконечные кондиломы
 - *H. zoster*=ветряная оспа
- 5) соотнесите клинику и форму вторичного сифилиса (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)
 - 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

3 уровень:

- 1) У женщины через 2 часа после стирки белья с использованием синтетических моющих средств появились высыпания на коже кистей, сопровождающиеся жжением и зудом. Объективно: кожа кистей отёчна, гиперемирована. Границы эритемы чёткие. (ОПК-9, ПК-5)
[аллергический контактный дерматит]
- 2) Установите диагноз заболевания. У юноши 16 лет впервые возникли высыпания на волосистой части головы, беспокоит незначительный зуд. При осмотре: кожа затылочной и височной областей инфильтрирована, красно-синюшного цвета. Инфильтрат чётко отграничен от непоражённой кожи, на его поверхности слой серебристо-белых чешуек, волосы не поражены. Ногтевые пластинки кистей утолщены, с подногтевым гиперкератозом, имеются точечные вдавления (симптом «напёрстка»). (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)
[вульгарный псориаз]
- 3) Установите диагноз заболевания. На прием обратился больной с жалобами на зуд и болезненность в межпальцевых складках пальцев стоп. При осмотре: в I-II межпальцевых складках стоп имеются трещины, по периферии окруженные белесоватым отслаивающимся роговым слоем эпидермиса, в области свода стоп – шелушение. В чешуйках найден мицелий гриба. (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)
[эпидермофития стоп]

- 4) Установите разновидность первичной сифиломы. У пациента 25 лет на половом члене обнаружен струп черного цвета, диаметром 2 см, регионарные лимфоузлы плотные, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. В анамнезе половой контакт с больной сифилисом около 1.5 месяцев назад. (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)
[гангренозный твердый шанкр]
- 5) Установите диагноз заболевания. Мальчик 10 лет, страдает головными болями и расстройством речи. Отмечается деформация спинки носа (седловидный нос), высокое твердое небо, искривление правого мизинца. Шейки центральных верхних резцов шире режущего края на 3 мм, один зуб имеет полулунную выемку по режущему краю. (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)
[поздний врожденный сифилис]

Критерии оценки:

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

3.3. Примерные ситуационные задачи, критерии оценки (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

1) В стационар поступил больной 25 лет с жалобами на высыпания на руках, ногах, туловище. Болен 5 лет. Заболевание обостряется осенью и весной. Последнее обострение возникло месяц назад после психоэмоциональной нагрузки. На коже волосистой части головы, туловища, разгибательных поверхностях рук, ног милиарные, лентикулярные, монетовидные папулы розово-красного цвета. На папулах чешуйки располагаются в центре, по их периферии виден красный ободок. На коленях и локтях бляшки. На месте эритемы от УФО свежие точечные узелковые высыпания. (ОПК-9, ПК-5)

1. Какие дополнительные феномены надо получить для уточнения диагноза?
2. Ваш диагноз.
3. Какая стадия болезни?
4. Лечение.

2) На амбулаторный прием обратилась больная 16 лет с жалобами на зуд и перхоть волосистой части головы. Болеет 1,5 года. Заболевание обостряется весной и осенью. Последнее обострение возникло неделю назад. При осмотре: у больной на в/ч головы и лице кожа слегка гиперемирована, блестящая, жирная, с отрубевидным шелушением. На коже лица отмечается повышенное выделение кожного сала, единичные комедоны. Волосы сальные, слипаются. (ОПК-9, ПК-5)

1. Ваш диагноз.
2. Какая клиническая форма болезни?
3. Лечение.

3) Больная, 20 лет, две недели назад обожгла область предплечья кипятком. Лечилась у хирурга. Неделю назад вокруг ожоговой поверхности появилось воспаление кожи, а затем процесс распространился на туловище. При поступлении в стационар беспокоил сильный зуд. Общее состояние удовлетворительное. Объективно: в области правого предплечья очаг с резкими границами, округлой формы, кожа в очаге гиперемирована, отечна, на этом фоне мелкие пузырьки, гнойнички, эрозии, выделяющие капельками серозный экссудат, часть эрозий покрыта гнойными корками. По периферии рассеяны остиофолликулиты и единичные фликтены. На туловище разбросаны множественные монетовидные очаги овальной формы, с четкими границами, кожа в них гиперемирована, покрыта серозно-гнойными влажными корками. (ОПК-9, ПК-5)

1. Причина заболевания.
2. Ваш диагноз
3. Необходимое общее лечение.
4. Местное лечение, показанное при поступлении. Дальнейшее поэтапное лечение.

4) В клинику поступила женщина 52 лет с жалобами на повышенную ранимость эпидермиса, высыпания пузырей в области груди, спины. Из анамнеза выяснили, что больна около 4-х месяцев. Вначале появились изолированные пузыри на слизистой щек, которые быстро вскрывались, образуя эрозии. Лечилась у стоматолога по ПМЖ, но лечение успеха не дало. Затем обратилась к дерматологу. При осмотре: на коже туловища множество беспорядочно расположенных пузырей. Пузыри дряблые, с серозным содержимым, вокруг них краснота отсутствует. Местами на месте

вскрывшихся пузырьки видны эрозии ярко-красного цвета. На слизистой щек и твердого неба единичные эрозии. (ОПК-9, ПК-5)

1. Необходимые дополнительные исследования.
2. Ваш диагноз.
3. Ваши рекомендации по лечению больного.

5) В стационар поступил больной 40 лет для обследования и уточнения диагноза. Жалобы на болезненную язвочку в области головки п/ч, которую заметил 2 недели назад. Не лечился. Женат. Жена здорова. Внебрачные половые связи отрицает. Кровь на РВ отрицательная. Из анамнеза выяснилось, что больной болеет туберкулезом легких. На головке п/ч три язвы величиной с горошину, слившиеся между собой, с фестончатыми мягкими краями бледно-красного цвета с зернистым дном. На дне и вокруг язв мелкие бугорки желтого цвета (зерна Трола). Язвы при пальпации резко болезненные. Паховые лимфоузлы не увеличены. (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

1. Необходимые дополнительные исследования.
2. Ваш диагноз.
3. Диф. диагноз.
4. Рекомендации и лечение.

Критерии оценки:

- **«зачтено»** - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на $\frac{2}{3}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного.

- **«незачтено»** - диагноз заболевания в задаче поставлен неправильно или не поставлен. Ответы на вопросы к задаче не даны или даны неполные ответы на $\frac{1}{2}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал недостаточную способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного.

3.4. Примерный перечень практических навыков, критерии оценки (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

- Собрать анамнез у больного кожным и венерическим заболеванием.
- Осмотреть кожу, волосы, ногти, слизистую оболочку красной каймы губ у взрослых и детей.
- Клинически определять первичные и вторичные морфологические элементы на коже, губах и слизистой оболочке полости рта и гениталий.
- Определять по вторичным морфологическим элементам предшествующие им первичные морфологические элементы.
- Описывать клиническую картину поражения кожи и слизистой оболочки полости рта и гениталий у взрослых и детей.
- Составить амбулаторную историю болезни больного дерматозом.
- Диагностировать заболевания, составить план лечения и вторичной профилактики больных дерматозами.
- Уметь заполнять необходимые нормативные документы (экстренные извещения, письма-поручения и т.д.).
- Предположить у больного заболевание, о клинике которого студенты разных факультетов должны иметь представление.
- Выписать рецепты препаратов на основные лекарственные формы для общего и наружного применения.
- Применять наружные лекарственные формы при различных дерматозах, работать в перевязочной.
- Определять дермографизм.
- Ставить и оценивать кожные пробы.
- Вызывать псориазные феномены.

- Оценивать изоморфную реакцию Кебнера.
- Пользоваться лампой Вуда для диагностики микроспории.
- Брать мазки-отпечатки и распознавать акантолитические клетки
- Вызывать симптом Никольского.
- Взять патологический материал для исследования на выявление чесоточного клеща, патогенных грибов, гонококков.
- Удалять элементы контагиозного моллюска.

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.

3.5. Примерное задание к написанию учебной истории болезни (ОПК-9, ПК-1, ПК-5)

Структура истории болезни:

- 1. ФИО, возраст**
- 2. Место жительства**
- 3. Профессия**
- 4. Время поступления в стационар**
- 5. Диагноз заболевания кожи**
- 6. Жалобы больного (оцениваются на момент поступления больного в стационар)**
- 7. Анамнез заболевания:**
 - давность
 - причины возникновения и рецидивов
 - какая проводилась терапия
 - частота обострений, сезонность
 - характеристика последнего обострения
 - субъективные ощущения
 - проведенное лечение (когда, какое, результаты)
- 8. Анамнез жизни. Обратить внимание на:**
 - наследственность по кожным заболеваниям
 - непереносимость лекарственных препаратов
 - аллергологический анамнез
 - перенесенные заболевания
 - условия труда и быта
- 9. Объективный статус**
 - общий осмотр
 - осмотр по системам
 - измерение ЧД, ЧСС, АД
- 10. Локальный статус (описание патологического процесса на коже)**
 - распространенность
 - симметричность
 - характер воспалительной реакции (острая или хроническая)
 - локализация процесса
 - описание морфологических элементов в очагах
 - наличие специфических и патогномоничных симптомов заболевания
 - наличие поражения придатков кожи
 - реакция периферических лимфоузлов
 - дермографизм
- 11. Предварительный диагноз**
- 12. Данные лабораторных исследований**
 - клинические исследования
 - биохимические исследования крови
 - МР, ИФА

- микробиологические исследования (чешуйки с кожи, волосы, ногти)

13. Дифференциальная диагностика (с 3 заболеваниями)

14. Окончательный клинический диагноз и его обоснование

15. План ведения данного больного

16. Лечение больного (на данном этапе)

- общая терапия
- местное лечение
- физиотерапия

17. Дневник курации

- общее состояние
- изменения в состоянии кожи
- переносимость лечения

18. Выписной или этапный эпикриз

Критерии оценки:

- **«отлично»** - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, логично, использована современная медицинская терминология. Правильно собран анамнез с соблюдением этических и деонтологических норм, проведен физикальный осмотр, клиническое обследование, проанализированы результаты современных лабораторно-инструментальных исследований и выделены патологические симптомы и синдромы заболевания, сформулирован клинический диагноз с учетом МКБ, верно обоснован, назначены патогенетически оправданные методы диагностики, проведен дифференциальный диагноз с инфекционной и неинфекционной патологией, интерпретированы методы специфической диагностики, осуществлен алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии, профилактических мероприятий. Студент свободно и аргументировано анализирует научно-медицинскую информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинико-диагностических аспектов. Назначено адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение.

- **«хорошо»** - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, литературным языком, использована современная медицинская терминология. Допущены недочеты при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализа состояния, выделении клинических синдромов, формулировке клинического диагноза и его обоснования, проведении дифференциального диагноза, назначении патогенетически оправданных методов диагностики и алгоритма выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии. Студент анализирует информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинико-диагностических и лечебных аспектов.

- **«удовлетворительно»** - работа не полностью соответствует правилам оформления истории болезни. Допущены ошибки в употреблении терминов, при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализе состояния, выделении синдромов. Имеются неточности при формулировке клинического диагноза, выделении основной и сопутствующей патологии, назначении методов диагностики и лечения. Не сделано заключение по дифференциальному диагнозу и оценке лабораторных данных.

- **«неудовлетворительно»** - история болезни не соответствует правилам оформления. Допущены существенные ошибки в сборе анамнеза, проведении физикального обследования, выделении синдромов и формулировке диагноза, составлении плана обследования и лечения, неправильно интерпретированы лабораторные данные и проведен дифференциальный диагноз. Нет обоснования диагноза. Содержание истории болезни не отражает патологии курируемого больного или работа написана не по курируемому больному.

1.1. Примерное задание к формированию портфолио

Не предусмотрено рабочей программой.

1.2. Примерное задание для написания эссе

Не предусмотрено рабочей программой.

3.6. Примерные задания для выполнения рефератов (ОК-8, ПК-1, ПК-5)

- Розацеа (ОК-8, ПК-5)
- Трихофития (ОК-8, ПК-1, ПК-5)
- Системная красная волчанка. Современные методы диагностики и лечения. (ОК-8, ПК-5)
- Болезнь Рейтера. (ОК-8, ПК-1, ПК-5)
- Рубромикоз. (ОК-8, ПК-1, ПК-5)

- Современные представления о красном плоском лишае. (ОК-8, ПК-5)
- Многоформная эксудативная эритема. Синдром Стивенса-Джонсона. (ОК-8, ПК-5)
- Лепра: клиника, диагностика, современные аспекты лечения. (ОК-8, ПК-1, ПК-5)
- Туберкулез кожи. (ОК-8, ПК-1, ПК-5)
- Псориаз. (ОК-8, ПК-5)
- Современный взгляд на склеродермию. (ОК-8, ПК-5)
- Диагностика и современные методы лечения акне. (ОК-8, ПК-5)
- Урогенитальная хламидийная инфекция. (ОК-8, ПК-1, ПК-5))
- Врожденный сифилис. (ОК-8, ПК-1, ПК-5)
- Ихтиозы и ихтиозиформные состояния. (ОК-8, ПК-5)
- Нейросифилис. (ОК-8, ПК-1, ПК-5)
- Андрогенетическая алопеция. (ОК-8, ПК-5)
- Витилиго. (ОК-8, ПК-5)
- Очаговая алопеция. (ОК-8, ПК-5)
- Фотодерматозы. (ОК-8, ПК-1, ПК-5)

Критерии оценки:

- **оценка «зачтено»** выставляется студенту, если реферат выполнен аккуратно и сдан в назначенный срок, написан самостоятельно не менее чем на 10 страницах машинописного текста, с использованием не менее 5 литературных источников. Отвечает на вопросы, не допускает принципиальных ошибок;
- **оценка «не зачтено»** выставляется студенту, если реферат выполнен неаккуратно и не сдан в назначенный срок, написан самостоятельно менее чем на 10 страницах машинописного текста, с использованием менее 5 литературных источников. При ответе на вопросы допускает грубые ошибки, не ориентируется в материале.

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 и текущего контроля 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
	зачет
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	18
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	36
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	8
Кол-во баллов за правильный ответ	4
Всего баллов	32
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	4
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	32
Всего тестовых заданий	30
Итого баллов	100
Мин. количество баллов для аттестации	70

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом зачёта 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. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете.

Тестирование на компьютерах:

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

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 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 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 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 занятий семинарского типа.

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 «Дерматовенерология» происходит в отделениях КОК-КВД в смотровом кабинете при условии подписания пациентом добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство, осуществляется преподавателем, проводившим практические занятия в данной группе. В присутствии преподавателя студент 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. Студент 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 ведомости в соответствующую графу.

4.3. Методика проведения устного собеседования

Целью процедуры промежуточной аттестации и текущего контроля 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 зачёта – оценками «зачтено», «не зачтено».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и зачётные 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.

4.4. Методика проведения защиты рефератов

Целью процедуры текущего контроля по дисциплине (модулю), проводимой в форме защиты рефератов, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины), оценка способности обучающегося к научно-исследовательской деятельности.

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), по которой предусмотрено выполнение реферата. В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится в соответствии с учебным планом и расписанием учебных занятий.

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 знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает в себя примерные темы рефератов. Обучающийся выбирает самостоятельно тему реферата.

Описание проведения процедуры:

Законченную работу студент сдает на кафедру в бумажном виде.

Основанием для допуска к защите реферата является:

- оформление реферата в соответствии с предъявляемыми к написанию рефератов требованиями.

Студент заранее готовит выступление на 8-10 минут, выбирая основные моменты в работе, сохраняя при этом структуру реферата. В выступлении следует отразить мотивы выбора темы, объект, предмет, цель, задачи исследования, основное содержание, выводы и их обоснование.

Защита реферата проводится на зачетном занятии в соответствии с расписанием в присутствии преподавателя.

Порядок защиты реферата:

1) Доклад студента. Регламент – 8-10 минут.

Студент в своем докладе должен раскрыть следующие вопросы:

- актуальность темы, цель и задачи работы, особенности нормативного регулирования исследуемых вопросов;

- состояние и особенности исследуемой проблемы.

2) Ответы студента на вопросы аудитории.

3) Заключение преподавателя с оценкой работы по балльной системе.

Результаты процедуры:

Реферат оценивается качественно: «зачтено», «незачтено». Оценка заносится журнал занятий и является основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за защиту реферата обучающийся к собеседованию не допускается.

4.5. Методика проведения защиты истории болезни

Целью процедуры промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме защиты истории болезни, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины), оценка способности обучающегося к диагностической деятельности.

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), по которой предусмотрено выполнение истории болезни. В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится в соответствии с учебным планом и расписанием учебных занятий.

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 знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает в себя схему истории болезни и примерное задание по ее написанию (пункт 3.5). Обучающемуся поручается обследование и курация больного из стационара. Данные мероприятия проводятся под контролем преподавателя, ведущего дисциплину (модуль).

Описание проведения процедуры:

Законченную работу студент сдает на кафедру в бумажном виде.

Основанием для допуска к защите истории болезни является:

- оформление истории болезни в соответствии со схемой, указанной выше.

Студент заранее готовит выступление на 5-8 минут, выбирая основные моменты в описании больного и проведенной с ним работы. В выступлении следует отразить основные пункты схемы истории болезни, уделить внимание описанию локального статуса больного, диагнозу с обоснованием, выбору лечебной тактики.

Защита истории болезни проводится на зачетном занятии в соответствии с расписанием в присутствии преподавателя.

Порядок защиты истории болезни:

1) Доклад студента. Регламент – 5-8 минут.

2) Ответы студента на вопросы аудитории.

3) Заключение преподавателя с оценкой работы по балльной системе.

Результаты процедуры:

История болезни оценивается по системе: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценки указаны в пункте 3.5. Оценка заносится журнал занятий и является основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «неудовлетворительно» за защиту реферата обучающийся к собеседованию не допускается.