

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30.05.2019г.  
протокол № 5.

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА  
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ  
ВЕНЕРОЛОГИЯ**

**Факультативы  
Вариативная часть**

**ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ  
КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ (ординатура)  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

**31.08.01 АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

Квалификации "Врач-акушер-гинеколог"  
Форма обучения: очная

**Срок обучения 2 года, 120 з.е.**

В основу методической разработки для самостоятельной работы обучающихся по рабочей программе дисциплины (модуля) «**Венерология**» положены:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.01 АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ - (уровень подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре) - утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. №1043.

Методическая разработка одобрена на заседании кафедры «Клинической медицины» от «29» мая 2019г. Протокол № 10

**Заведующий кафедрой**

«Клинической медицины»:

д.м.н., профессор \_\_\_\_\_ Е.В. Сухова

**Разработчики:**

доцент кафедры

«Клинической медицины»

к.м.н. \_\_\_\_\_ А.В. Грибанов

**Информация о языках,  
на которых осуществляется образование (обучение) по подготовке кадров высшей  
квалификации по ФГОС ВО в ординатуре.**

В Частном учреждении образовательной организации высшего образования «Медицинском университете «РЕАВИЗ» при обучении по подготовке кадров высшей квалификации по ФГОС ВО в ординатуре образовательная деятельность осуществляется на государственном языке Российской Федерации.

## МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

**Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине**

Планируемые результаты освоения дисциплины	Задачи обучения по дисциплине
<b>универсальные компетенции</b>	<p>1. Усовершенствовать общепрофессиональную подготовку врача-акушера-гинеколога, включая основы фундаментальных дисциплин, вопросы этиологии, патогенеза, клинических проявлений заболеваний, лабораторных и функциональных исследований, постановки диагноза, определения видов и этапов лечения с учетом современных достижений медицины и профилактики заболеваний.</p> <p>2. Сформировать профессиональные знания, умения, навыки, владения врача по профильным направлениям специалистов с целью самостоятельного ведения больных преимущественно в амбулаторно-поликлинических условиях работы, а также специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.</p> <p>3. Совершенствовать знания, умения, навыки по клинической лабораторной и функциональной диагностике, инструментальным и аппаратным исследованиям в целях формирования умения оценки результатов исследований в диагностике, дифференциальной диагностике, прогнозе заболеваний, выборе адекватного лечения.</p> <p>4. Совершенствовать знания по фармакотерапии, включая вопросы фармакодинамики, фармакокинетики, показаний, противопоказаний, предупреждений и совместимости при назначении лечебных препаратов.</p> <p>5. Сформировать знания об амбулаторно-поликлинической, стационарной службе как звеньев организации лечебно-профилактической помощи в системе здравоохранения. Совершенствовать знания и навыки по вопросам профилактики заболеваний, диспансеризации больных с хроническими заболеваниями, принципам реабилитации больных.</p> <p>6. Совершенствовать знания, умения, навыки по основам организации и оказания неотложной помощи при ургентных состояниях.</p> <p>7. Совершенствовать знания основ социальной гигиены и общественного здоровья населения страны, задач здравоохранения страны в обла-</p>
готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);	
<b>профессиональные компетенции:</b>	
<b>профилактическая деятельность:</b>	
готовность 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, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);	
готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);	
<b>диагностическая деятельность:</b>	
готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);	
<b>лечебная деятельность:</b>	
готовность к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи (ПК-6);	
<b>реабилитационная деятельность:</b>	
готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);	

Планируемые результаты освоения дисциплины	Задачи обучения по дисциплине
<p><b>психолого-педагогическая деятельность:</b></p> <p>готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9).</p>	<p>сти охраны здоровья населения и перспектив развития здравоохранения.</p> <p>8. Сформировать умение оценки основных показателей состояния здоровья населения страны, региона. Совершенствовать знания по вопросам заболеваний и их профилактики.</p> <p>9. Совершенствовать знания основ медицинской этики и деонтологии врача, основам медицинской психологии.</p>

### Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

### План внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся

Название этапа	Содержание этапа	Цель этапа
1. Подготовительный	Изучение материала по теме.	Подготовка обучающихся к работе по теме
2. Практический	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Решение тестовых заданий.</li> <li>2. Решений ситуационных задач.</li> <li>3. Ответы на теоретические и практические вопросы по теме.</li> </ol>	Проверка готовности обучающихся к занятию.
3. Итоговый	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Определение списка вопросов преподавателю.</li> <li>- Обсуждение вопросов.</li> <li>- Формулирование выводов по теме</li> </ul>	Обсуждение вопросов, формулирование выводов. Проверка уровня освоения теоретического материала и развитие навыка самостоятельного использования теоретических знаний.

## ТЕМА 1: Сифилис

### Цель и задачи:

**Цель:** Уяснить основные положения о сифилисе.

**Задачи:**

Обучающая:

- расширение образовательного пространства в области современных представлений о сифилисе, дифференциальной диагностике данного заболевания.
- формирование профессиональных умений и навыков по определению, обработке и анализу сведений о морфологии сифилиса, вопросах общей патологии и современных теоретических концепции и направления в медицине; правильная интерпретация и анализ полученных результатов.

Развивающая:

- способствовать развитию познавательного интереса по предложенной теме;
- создание условий для актуализации и применения знаний по предмету в профессиональной деятельности;
- развитие навыка логического мышления и аргументации самостоятельных решений и выводов;

Воспитательная:

- формирование потребности и способности к последующему самообразованию в профессиональном плане;
- формирование научного мировоззрения по медико-социальным и этическим аспектам деятельности медицинских работников.
- формирование роли врача в ряду других сфер деятельности.

**Оснащение занятия:** мультимедийный комплекс.

**Место проведения:** учебная комната (аудитория).

**Время проведения внеаудиторной работы обучающихся:** 9 часов.

**Виды самостоятельной работы обучающихся:**

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

**Примеры тестовых заданий**

**Компетенции УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9**

*Укажите один или несколько правильных ответов*

**1. Заражение сифилисом происходит**

- A. половым путем
- B. трансплацентарно
- C. при бытовых контактах
- D. гемотрансфузионно
- E. все пути возможны

Ответ E

**2. Количество завитков бледной трепонемы составляет**

- A. 3-5
- B. 5-8
- C. 8-14
- D. 14-20
- E. более 20

Ответ E

**3. Для бледной трепонемы характерны следующие движения**

- A. поступательное
- B. маятникообразное
- C. волнообразное
- D. ротаторное
- E. все варианты верны

Ответ B

**4. Сохранение патогенных штаммов бледных трепонем возможно при t\***

- A. от +5 до 0\*С
- B. от 0 до -5\*С
- C. от -5\* до -10\*С
- D. от 10\* до 20\* С
- E. от -20\* до -70\*С

Ответ C

**5. Какие характеристики не типичны для бледной трепонемы?**

- A. Спиралевидная форма

- В. .Округлая форма
- С. Равномерное закругление завитков
- D. Количество оборотов спирали 8—12

Ответ А

**6. Какие формы свойственны бледной трепонеме?**

- A. Цисты
- В. Споры
- С. L-формы
- D. Капсулы
- E. Полимембранные фагосомы

Ответ С

**7. Какие виды иммунитета наблюдаются при сифилисе?**

- A. Инфекционный, нестерильный
- В. Локальный
- С. Клеточный
- D. Гуморальный

Ответ А

**8. Укажите не прямой путь заражения сифилисом:**

- A. Половой
- В. Профессиональный
- С. Трансплацентарный
- D. Трансфузионный
- E. Контактного-бытовой семейный
- F. Воздушно-капельный

Ответ Е

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

- A. Через 2 недели
- В. Через месяц
- С. Через 3 месяца
- D. Через 2,5 месяца

Ответ В

**10. Какова продолжительность первичного периода сифилиса?**

- A. Месяц
- В. 8 недель
- С. 3 месяца
- D. 2 месяца
- E. Более 3 месяцев

Ответ С

**11. Какие клинические проявления не типичны для первичного периода сифилиса?**

- A. Специфическая ангина
- В. Твердый шанкр
- С. Розеолезная сыпь
- D. Регионарный лимфаденит

Ответ С

**12. Перечислите клинические характеристики типичные для твердого шанкра:**

- A. Округлая блюдцеобразная форма
- B. Блестящая поверхность
- C. Отсутствие болезненности
- D. Инфильтрат в основании
- E. Отсутствие воспаления по периферии
- F. Все перечисленное верно

Ответ F

**13. Какими морфологическими элементами представлен твердый шанкр?**

- A. Пятном
- B. Эрозией
- C. Папулой
- D. Язвой
- E. Эктимой

Ответ B, D

**14. Для клинической картины первичного периода сифилиса характерно наличие всего перечисленного, кроме:**

- A. твердого шанкра
- B. регионарного склераденита
- C. лимфангита
- D. специфических розеол
- E. все варианты возможны

Ответ D

**15. Экстрагенитальным является твердый шанкр с локализацией в области:**

- A. головки полового члена
- B. препуциального мешка крайней плоти
- C. губ
- D. больших и малых половых губ
- E. задней спайки

Ответ C

**16. Признаками твердого шанкра являются:**

- A. эрозия или язва
- B. округлые или овальные очертания
- C. блюдцеобразная форма
- D. мясо-красный цвет
- E. все перечисленное

Ответ E

**17. Атипичными формами твердого шанкра являются все, кроме**

- A. шанкра-амигдалита
- B. шанкра-панариция
- C. шанкриформной пиодермии
- D. индуративного отека

Ответ C

**18. Осложнениями твердого шанкра являются все перечисленные, кроме**

- A. баланита
- B. баланопостита

- С. фимоза
  - Д. парафимоза
  - Е. индуративного отека
- Ответ Е

**19. При ущемлении головки полового члена отеком препуциальным кольцом возникает**

- А. парафимоз
  - В. гангренизация
  - С. фагеденизация
  - Д. баланит
  - Е. баланопостит
- Ответ А

**20. Регионарный лимфаденит появляется после возникновения твердого шанкра через**

- А. 3-5 дней
  - В. 5-7 дней
  - С. 7-10 дней
  - Д. 10-12 дней
  - Е. 12-15 дней
- Ответ С

**21. Лимфатические узлы при сифилисе**

- А. увеличены до размеров фасоли или лесного ореха
  - В. плотноэластической консистенции
  - С. подвижные
  - Д. безболезненные при пальпации
  - Е. все утверждения верны
- Ответ Е

**22. Как изменяются лимфатические узлы при первичном периоде сифилиса?**

- А. Увеличены
  - В. Плотноэластической консистенции
  - С. Безболезненны
  - Д. Не спаяны между собой и с кожей
  - Е. Кожа над ними не изменена
  - Ф. Все перечисленное верно
- Ответ F

**23. Укажите заболевания не являющиеся осложнением первичной сифиломы:**

- А. Фимоз
  - В. Вульвовагинит
  - С. Парафимоз
  - Д. Гангренизация
  - Е. Фагеденизм
  - Ф. Шанкр-амигдалит
- Ответ F

**24. Какие клинические характеристики типичны для индуративного отека?**

- А. Отсутствие дефекта кожи
- В. Локализация в области половых органов

- С. Безболезненность
  - Д. Увеличение органа в 2—4 раза
  - Е. Отсутствие ямки при надавливании
  - Ф. Все перечисленное верно
- Ответ F

**25. Через какой промежуток времени после появления твердого шанкра развивается регионарный склераданеит?**

- А. Через 7 дней
- В. Через 1 месяц
- С. Через 4 месяца

Ответ А

**26. Укажите основную причину возникновения третичного периода сифилиса?**

- А. Беспорядочные половые связи
- В. Алкоголизм, наркомания, токсикомания
- С. Неполноценная специфическая терапия
- Д. Ослабленная реактивность организма

Ответ С

**27. Какие морфологические элементы не характерны для третичного периода сифилиса?**

- А. Бугорки
- В. Везикулы
- С. Гуммы

Ответ В

**28. Какие клинические особенности свойственны сифидам третичного периода сифилиса?**

- А. Малая контагиозность
- В. Деструктивный характер
- С. Необильны, асимметричны
- Д. Безболезненны
- Е. Появляются внезапно
- Ф. Все перечисленное верно
- В. Ответ F

**29. Какая клиническая характеристика не типична для бугоркового сифида?**

- А. Размер 4-5 мм
- В. Плотно - эластическая консистенция
- С. Разрешение рубцом или рубцовой атрофией
- Д. Отсутствие болезненности
- Е. Сопровождаются зудом
- В. Ответ Е

**30. Какой рубец образуется после разрешения бугоркового сифида?**

- А. Мозаичный
- В. Штампованный
- С. Звездчатый
- Д. Мостовидный
- Е. Атрофический

Ответ С

**31. Какие высыпания не относятся к разновидностям бугоркового сифилида?**

- A. Сгруппированный
- B. Мозаичный
- C. Карликовый
- D. Звездчатый
- E. Серпигинирующий

Ответ B,D

**32. Какие клинические характеристики типичны для сгруппированного бугоркового сифилида?**

- A. Фокусное расположение бугорков
- B. Появление свежих бугорков на рубцах
- C. Отсутствие периферического роста
- D. Все перечисленное верно

Ответ D

**33. Какой морфологический элемент представляет собой гумма?**

- A. Узел
- B. Папула
- C. Бугорок
- D. Эктима
- E. Рупия

Ответ A

**34. Какой исход не характерен для сифилитических гумм?**

- A. Склерозирование
- B. Изъязвление
- C. Рубцевание

Ответ A

**35. Какой рубец образуется на месте гуммы?**

- A. Звездчатый
- B. Мозаичный
- C. Мостовидный
- D. Келлоидный
- E. Штампованный

Ответ A

**36. Разновидностям бугоркового сифилида являются все, кроме:**

- A. сгруппированного
- B. площадкой
- C. карликового
- D. одиночного
- E. серпигинирующего

Ответ D

**37. Наиболее типичным поражением ССС при сифилисе является:**

- A. стеноз митрального клапана
- B. кардиомиопатия
- C. слипчивый перикардит
- D. бородавчатый эндокардит
- E. мезаортит

Ответ `Е

**38. Исходом гуммозного воспаления срединной оболочки дуги аорты может быть:**

- A. поражение устьев коронарных сосудов
- B. аневризма аорты
- C. относительная аортальная недостаточность
- D. ничего из перечисленного
- E. все перечисленное

Ответ E

**39. На каком сроке внутриутробного периода обычно происходит поражение плода:**

- A. на 1-ом месяце
- B. на 6-7 месяце
- C. заражение происходит при прохождении по родовым путям
- D. 1 триместр
- E. на 4-5 месяце

Ответ E

**40. Какие органы наиболее поражаются при сифилисе плода?**

- A. нервная система
- B. эндокринные железы
- C. печень и селезенка
- D. сердце
- E. почки и кишечник

Ответ C

**41. При какой форме сифилиса у матери более вероятно тяжелое поражение сифилисом плода?**

- A. поздний скрытый
- B. третичный активный
- C. вторичный скрытый
- D. спинная сухотка
- E. третичный скрытый

Ответ C

**42. Излюбленная локализация высыпаний при сифилитической пузырчатке:**

- A. себорейная зона
- B. туловище
- C. гениталии
- D. ладони и подошвы
- E. повсеместно по кожному покрову

Ответ D

**43. Какие сифилиды характерны для врожденного сифилиса грудного возраста?**

- A. папулезные
- B. розеолезные
- C. сифилитическая алопеция
- D. пустулёзные
- E. возможны все варианты

Ответ E

**44. Каким путем сифилис передается плоду?**

- A. Трансплацентарно
- B. Через инфицированный сперматозоид
- C. При прохождении через родовые пути
- D. Трансовариально
- E. Через инфицированные околоплодные воды

Ответ А

**45. Какие выделяют формы врожденного сифилиса?**

- A. Сифилис плода
- B. Сифилис грудного возраста
- C. Сифилис раннего детского возраста
- D. Поздний врожденный сифилис
- E. Скрытый врожденный сифилис
- F. Все перечисленное верно

Ответ F

**46. Какие изменения наблюдаются в плаценте при сифилитической инфекции?**

- A. Увеличение массы плаценты
- B. Развитие грануляционной ткани и абсцессов в сосудах ворсинок
- C. Эндо-, мезо- и периваскулиты ворсинок
- D. Облитерация сосудов ворсинок
- E. Резкое преобладание изменений в зародышевой части плаценты
- F. Все перечисленное верно

Ответ F

**47. Какие клинические проявления не типичны для врожденного сифилиса грудного возраста?**

- A. Сифилитическая пузырчатка
- B. Паренхиматозный кератит
- C. Диффузная папулезная инфильтрация Гохзингера
- D. Триада Гетчинсона
- E. Остеохондрит

Ответ D

**48. Клиническими характеристиками сифилитической пузырчатки являются:**

- A. Локализация пузырей на ладонях и подошвах
- B. Локализация пузырей на туловище
- C. Эволюционный полиморфизм высыпаний
- D. Тяжелое общее состояние
- E. Обилие бледных трепонем в отделяемом пузырей
- F. Все перечисленное верно

Ответ F

**49. К безусловным признакам позднего врожденного сифилиса относится:**

- A. рубцы Робертсона-Фурнье
- B. ягодицеобразный череп
- C. лабиринтная глухота
- D. диастема Гаше
- E. готическое небо

Ответ С

**50. К вероятным признакам позднего врожденного сифилиса относятся:**

- A. зубы Гетчинсона
- B. седловидный нос
- C. паренхиматозный кератит
- D. гипертрихоз лба
- E. инфантильный мизинец

Ответ B

**51. Какие клинические проявления могут быть единственными проявлениями сифилиса раннего детского возраста?**

- A. Сифилитическая пузырьчатка
- B. Хориоретинит
- C. Алопеция
- D. Атрофия зрительного нерва
- E. Папулы на слизистой полости рта

Ответ B

**52. Какие клинические проявления наиболее часто встречаются при сифилисе раннего детского возраста?**

- A. Мокнущие папулы в складках
- B. Широкие кондиломы
- C. Заеды
- D. Папулы на слизистых оболочках
- E. Осиплость голоса

Ответ E

**53. Какая из серологических реакций на сифилис удобна для массовых скрининговых исследований?**

- A. реакция Вассермана
- B. микрореакция преципитации
- C. РПГА
- D. РИБТ
- E. РИФ

Ответ B

**54. Какая из серологических реакций может быть положительна при первичном серонегативном сифилисе?**

- A. реакция Вассермана
- B. микрореакция преципитации
- C. РИФ
- D. РИБТ
- E. ни одна из перечисленных реакций

Ответ C

**55. Причиной ложноположительной реакции Вассермана может быть:**

- A. системная красная волчанка
- B. алкогольная интоксикация
- C. лептоспироз
- D. беременность
- E. может быть любая из перечисленных причин

Ответ E

**56. Использование РИБТ целесообразно при подозрении на:**

- первичный серопозитивный сифилис
- A. вторичный свежий сифилис
  - B. вторичный рецидивный сифилис
  - C. ранний скрытый сифилис
  - D. первичный серонегативный сифилис
- Ответ С

**57. При наличии у пациента клиники заразных форм сифилиса и отсутствии возможности лабораторного подтверждения проводится:**

- A. специфическое лечение
  - B. превентивное лечение
  - C. профилактическое лечение
  - D. пробное лечение
  - E. лечение по эпидемиологическим показаниям
- Ответ Е

**58. Лицу, которому 2 недели назад перелили кровь от больного сифилисом, показано:**

- A. специфическое лечение
  - B. превентивное лечение
  - C. профилактическое лечение
  - D. пробное лечение
  - E. лечение по эпидемиологическим показаниям
- Ответ В

**59. Препаратом, не эффективным в отношении бледной трепонемы, является:**

- A. ампициллин
  - B. доксициклин
  - C. бисептол
  - D. эритромицин
  - E. цефтриаксон
- Ответ С

**60. Для амбулаторного лечения сифилиса наиболее предпочтительным препаратом является:**

- A. бензилпенициллин
  - B. ампициллин
  - C. экстенциллин
  - D. прокаин-пенициллин
  - E. новокаиновая соль пенициллина
- Ответ С

### **Ситуационные задачи** **Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9**

#### **Задача 1**

К врачу обратился мужчина 19 лет с жалобами на появления неделю назад высыпания в полости рта. При осмотре: на слизистой оболочке щёк, мягкого нёба, дёснах имеются резко ограниченные красного цвета папулы размером с чечевицу, некоторые папулы эрозированы, покрыты серо-белым, легко снимающимся налётом. Субъективных ощущений нет.

- 1) Ваш предварительный диагноз?
- 2) Какой первичный элемент при этом заболевании?

- 3) Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз?
- 4) С какими заболеваниями следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента?
- 5) Рекомендации противэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания)

**Ответ:**

- 1) Вторичный рецидивный сифилис. Папулёзный сифилид слизистых оболочек.
- 2) Папулы (узелки) – «бляшки скошенного луга»
- 3) РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА, микроскопия в тёмном поле соскоба с поверхности бляшек.
- 4) Лейкоплакия, папулы красного плоского лишая, очаги красной волчанки. При поскабливании сифилитической папулы обнаруживается эрозия, а при перечисленных заболеваниях нет. Налёт при сифилитических папулах легко снимается, а при перечисленных заболеваниях – нет. При лейкоплакии более крупные бляшки с сухой поверхностью. Папулы при красном плоском лишае имеют серовато – белый цвет, сливаются между собой. При красной плоской волчанке ороговевание представляет собой «частокол» из атрофированных полосок и точек. Блеск папул характерен именно для сифилитических, т.к. в этих местах отсутствуют сосочки. Так же необходимо дифференцировать папулёзный сифилид слизистых оболочек от афтозных высыпаний при стоматите. Положительные реакции характерные для сифилиса подтвердят диагноз.
- 5) Исключить половые контакты, а так же бытовые (поцелуи, пользование общей посудой, предметами гигиены и т.д.) После того как выявлено сколько времени она больна расспросить обо всех контактах за это время и провести превентивное лечение (если с момента контакта прошло не более 2-х месяцев): 1 инъекция экстенциллина или бициллина-1 (2,4 млн ЕД) допускается однократное введение пенициллина. И обследование этих людей.

## Задача 2

К врачу-хирургу на прием пришла женщина-гениколог с жалобами на возникновение банального панариция на указательном пальце правой руки. Пыталась лечиться местно мазями с антибиотиком, эффект был, но не значительный. При осмотре на концевой фаланге имеется булавовидное вздутие на фоне клеточной инфильтрации, без островоспалительной эритемы и сильные стреляющие боли. Лимфатические узлы увеличены в области локтевого сустава. Из анамнеза: на вечернем дежурстве месяц назад, по скорой, была доставлена женщина с кровотечением, подобранная на улице; при оказании помощи врач не надела перчатки.

- 1) Ваш предварительный диагноз?
- 2) Какие исследования надо провести для его подтверждения?
- 3) Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз?
- 4) Рекомендации противэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания)

**Ответ**

- 1) Первичный сифилис. Шанкр-панариций. Регионарный лимфаденит [Полиаденит (т.к. наблюдается увеличение лимфатических узлов в области локтевого сустава).]
- 2) РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА. Микроскопию в тёмном поле (феномен Тиндаля) соскоба с шанкра.
- 3) РПР, РПГА, РИПТ, РИФ, ИФА. Микроскопию в тёмном поле (феномен Тиндаля) соскоба с шанкра.
- 4) Исключить половые контакты, а так же бытовые (поцелуи, пользование общей посудой, предметами гигиены и т.д.) После того как выявлено сколько времени она больна расспросить обо всех контактах за это время и провести превентивное лечение (если с момента контакта прошло не более 2-х месяцев): 1 инъекция экстенциллина или бициллина-

1(2,4 млн ЕД).допускается однократное введение пенициллина. И обследование этих людей.

### Задача 3

Больная Л., 27 лет, в мае появились высыпания на нижней губе, которые она в течение 2 недель смазывала раствором бриллиантового зеленого. В связи с отсутствием улучшения обратилась к стоматологу, который назначил левомецетиновую мазь, после применения которой высыпания на губах исчезли, но вскоре появились высыпания на туловище. Больная обратилась в КВД, где серологические исследования на сифилис оказались резко положительными с титром 1 : 120.

При осмотре на нижней губе имеются две эрозии овальной формы, размером 1×1 см, покрытые кровянистыми корочками с плотным инфильтратом в основании. Подчелюстные лимфоузлы размером с фасоль, безболезненные, плотные на ощупь, не спаянные с окружающими тканями. На коже туловища обильная мелкопятнистая розеолезная сыпь. Остальные участки кожи и слизистых свободны от высыпаний, периферические лимфоузлы увеличены.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз твердого шанкра такой локализации?
3. Тактика врача в отношении тесных бытовых контактов?
4. Какие лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза?

#### Ответ

1. У больной вторичный сифилис кожи и слизистых (вторичный свежий) (шанкр нижней губы, регионарный лимфаденит, розеолезная сыпь, полисклераденит).
2. Следует проводить дифференциальную диагностику с импетигиозной, травматической, герпетической эрозиями и эпителиомой.
3. Следует проводить превентивное лечение тесным бытовым контактам — детям до 3-х лет — в обязательном порядке, детям более старшего возраста и взрослым — если имели место пользование одной посудой, помадой, зубной щеткой, докуривание сигареты и другие проявления низкой санитарной культуры.
4. Для подтверждения диагноза необходимо обнаружение бледной трепонемы из отделяемого шанкра или пунктата лимфоузлов, возможно подтверждение при помощи специфических серологических реакций РИФ, РПГА, ИФА.

### Задача 4

Больной М., 35 лет, повар, поступил в клинику с жалобами на высыпания на лобке и спине тела полового члена, не сопровождающиеся субъективными ощущениями. Холост, ведет беспорядочную половую жизнь, гомосексуальные контакты отрицает. 3 года назад имел половую связь с малознакомой женщиной, через 4 недели после этого на половом члене возникла безболезненная язвочка. К врачам не обращался, не лечился. Язва зарубцевалась самопроизвольно, оставив рубец величиной с 1-копеечную монету.

Через 1,5 года после этого появились высыпания на лобке, которые распространились на тело полового члена. К врачам не обращался, не лечился. Продолжал работать поваром, часто менял место работы, избегал медицинских осмотров, однако при одном из них был направлен с предположительным диагнозом первичного сифилиса.

При осмотре в клинике на коже лобка обнаружен очаг поражения диаметром около 10 см. Центр очага представлен зоной рубцовой атрофии, по периферии которой располагалась полоса изъязвления в виде подковы. Изъязвление имеет четкие границы, ровное дно и распространяется на тело полового члена с одной стороны и на кожу паховой складки с другой. По краю его проходит вал, состоящий из бугорков синюшно-розового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены.

КСР А<sub>1</sub> 4+, А<sub>2</sub> 3+, МР 3+, титр 1: 5

От исследования спинномозговой жидкости больной отказался. Со стороны внутренних органов специфической патологии не выявлено.

1. Диагноз?
2. Какое лечение следует назначить больному?
3. Каковы сроки диспансерного наблюдения при таком диагнозе?
4. Медицинская реабилитация.

**Ответ**

1. Сифилис третичный активный (серпегинирующий бугорковый сифилид). Диагноз поставлен на основании анамнестических данных о появлении безболезненной язвочки три года назад через 4 недели после контакта с малознакомой женщиной, на основании клинической картины (наличие бугорковых высыпаний, изъязвления в виде подковы и зоны рубцовой атрофии) и данных КСР.
2. Лечение больных третичным сифилисом проводится двумя курсами водорастворимого пенициллина или прокаин-пенициллина.
3. Сроки диспансерного наблюдения при третичном сифилисе — как минимум 3 года. Решение о снятии с учета или продлении сроков наблюдения принимается индивидуально.
4. Медицинская реабилитация больных поздними формами сифилиса со стойко положительными серологическими реакциями после проведенного основного курса лечения. Проводится дерматовенерологом совместно с терапевтом, невропатологом или, при необходимости, психоневрологом, онкологом, эндокринологом, клиническим иммунологом. Она базируется на использовании физиотерапевтических процедур, психотропных, успокаивающих препаратов, средств, нормализующих обменные процессы, усиливающих неспецифический и клеточный иммунитет. Реабилитационные мероприятия начинаются спустя 1 год после окончания основного лечения, проводятся 2-3 месячных курса в течение года. Спустя 2-3 года после основного лечения и проведения реабилитационных мероприятий при отсутствии негативации серологических реакций больному может быть рекомендовано санаторно-курортное лечение в санаториях терапевтического и неврологического профиля.

### Задача 5

Ребенок Д., от второй беременности, срочных родов. Мать ребенка 23 лет, не замужем, сельская жительница, на учете у гинеколога не состояла по поводу настоящей беременности, 3 года назад лечилась по поводу вторичного рецидивного сифилиса. Лечение неполноценное. Пациентка несколько раз прерывала лечение, клинико-серологический контроль проводила нерегулярно. При последней явке (1 год назад) клинических проявлений сифилиса не обнаружено, серологические реакции отрицательные. Пациентка снята с учета, ведет асоциальный образ жизни, злоупотребляет алкоголем. В роддоме оформила отказ от второго ребенка.

В родах у матери КСР: А<sub>1</sub> 3+, А<sub>2</sub> 3+, МР 3+. Диагноз: Серологический рецидив, реинфекция?

От дальнейшего исследования на сифилис отказалась, самовольно ушла из роддома.

При рождении масса тела ребенка 2936 г, кожа и видимые слизистые свободны от высыпаний. Печень выступает на 0,6 см из-под реберной дуги. КСР у ребенка после рождения и через 10 дней отрицателен. Рентгенологическое исследование длинных трубчатых костей: в области дистальных головок бедренных костей определяются склеротические площадки просветления 1,5-2,0мм. Заключение: сифилитический остеохондрит бедренных костей 1-2 степени.

Консультация офтальмолога: сходящееся косоглазие, нистагм, специфических изменений нет.

Консультация невропатолога: перинатальная энцефалопатия; гипертензионно-гидратационный синдром.

УЗИ внутренних органов: визуализируются включения 2 мм по всей паренхиме печени.

Заключение: увеличение правой доли печени. Диффузные изменения паренхимы.

1. Диагноз
2. Назначьте лечение больному.
3. Какова причина появления больного ребенка?
4. Меры профилактики врожденного сифилиса?
5. Сроки клинико-серологического контроля данного больного?

**Ответ:**

1. Диагноз: ранний врожденный сифилис
2. Бензилпенициллина натриевая соль в дозе 100 000 ЕД на кг массы тела в сутки, разделенной на 6 инъекций каждые 4 часа, длительность терапии 14 дней.
3. Мать ребенка, получившая неполноценное лечение, не встала на учет по беременности, не была обследована, не получила профилактического лечения, если у нее имел место серологический рецидив, что могло предупредить рождение больного ребенка. Если же у матери реинфекция, то она должна была получить специфическое и профилактическое лечение.
4. Вассерманизация беременных 3-х кратная, прерывание беременности при желании женщины, профилактическое лечение беременной по показаниям, или ребенка, если матери было показано профилактическое лечение, но она его не получила.
5. Не менее одного года.

**Контрольные вопросы по теме:**

1. Основные этапы развития учения о сифилисе.
2. Этиология сифилиса.
3. Общее течение и клиника сифилиса.
4. Основные периоды течения сифилиса.
5. Врожденный сифилис. Этиология, патогенез, клиника и лечение.
6. Основные методы современной лабораторной диагностики сифилиса.
7. Лечение сифилиса в разные периоды течения.
8. Диспансерное наблюдение за больными сифилисом.

**ТЕМА 2:** Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП).

Цель и задачи:

**Цель:** Уяснить основные положения о ИППП.

**Задачи:**

Обучающая:

- расширение образовательного пространства в области современных представлений об инфекциях, передающихся половым путем.
- формирование профессиональных умений и навыков по определению, обработке и анализу сведений о морфологии заболеваний, вопросах общей патологии и современных теоретических концепции и направления в медицине; правильная интерпретация и анализ полученных результатов.

Развивающая:

- способствовать развитию познавательного интереса по предложенной теме;
- создание условий для актуализации и применения знаний по предмету в профессиональной деятельности;
- развитие навыка логического мышления и аргументации самостоятельных решений и выводов;

Воспитательная:

- формирование потребности и способности к последующему самообразованию в профессиональном плане;

- формирование научного мировоззрения по медико-социальным и этическим аспектам деятельности медицинских работников.
- формирование роли врача в ряду других сфер деятельности.

**Оснащение занятия:** мультимедийный комплекс.

**Место проведения:** учебная комната (аудитория).

**Время проведения внеаудиторной работы обучающихся:** 9 часов.

**Виды самостоятельной работы обучающихся:**

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

### Примеры тестовых заданий

**Компетенции УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9**

*Укажите один или несколько правильных ответов*

**1. Какие микроорганизмы длительное время могут персистировать в трихомонадах?**

- A. Бледная трепонема
- B. Гонококки
- C. Вирусы
- D. Грибы Candida

Ответ B

**2. Какими путями не осуществляется инфицирование гонококками?**

- A. Половой
- B. Через предметы туалета, белье
- C. При прохождении через родовые пути
- D. Воздушно-капельным

Ответ D

**3. Какой метод исследования применяют для топической диагностики уретрита?**

- A. Двухстаканная проба
- B. Проба Ульцмана
- C. Уретроскопия
- D. Реакция Борде-Жангу
- E. Комбинированная провокация

Ответ A

**4. Какой клинический симптом не характерен для острого переднего уретрита?**

- A. Боли и рези при мочеиспускании
- B. Зуд и жжение в уретре
- C. Гиперемия и отек губок уретры
- D. Белый, крошковатый налет на головке полового члена
- E. Обильные гнойные выделения из уретры

Ответ D

**5. Какие клинические симптомы характерны для хронического гонорейного уретрита?**

- A. Склеивание губок уретры после ночного сна
- B. Наличие симптомов поражения желез
- C. Усиление выделений при физической нагрузке

- D. Ослабление эрекции
  - E. Все перечисленное верно
- Ответ E

**6. Через какие промежутки времени после провокации берут мазки на гонококк?**

- A. Через 24 часа
- B. Через 12 часов
- C. Через 48 часов
- D. Через 96 часов
- E. Через 72 часа

Ответ A

**7. В чем состоят особенности гонорейной инфекции у девочек?**

- A. Многоочаговость процесса
- B. Часто поражается прямая кишка
- C. Поражаются преддверие влагалища и влагалище
- D. Восходящая гонорея встречается редко
- E. Преобладает острый процесс
- F. Все перечисленное верно

Ответ F

**8. Какие уретриты не относятся к венерическим?**

- A. Хламидийный
- B. Кандидозный
- C. Трихомонадный
- D. Гарднереллезный
- E. Уреаплазменный
- A. Ответ B

**9. Эпителий каких органов не поражается хламидиями?**

- A. Уретры
- B. Цервикального канала
- C. Прямой кишки
- D. Глаз
- A. Ответ C

**10. В чем заключается медико-социальное значение хламидиоза?**

- A. Приводит к бесплодию
- B. Является причиной невынашивания беременности
- C. Является причиной воспалительных заболеваний органов малого таза
- D. Приводит к заражению новорожденных
- E. Все перечисленное верно
- A. Ответ E

**11. Какой основной метод лабораторной диагностики подтверждает диагноз хламидиоза?**

- A. Иммунофлуоресцентный
- B. Иммуноферментный
- C. ПЦР
- D. ЛЦР
- E. Культуральный

Ответ С

**12. Какой контингент женщин в акушерскогинекологической практике подлежит обследованию на урогенитальный хламидиоз?**

- A. Беременные женщины
- B. С воспалительными заболеваниями органов малого таза
- C. Наличие в анамнезе внематочной беременности
- D. Все перечисленное верно

Ответ D

**13. Какие основной путь заражения урогенитальным хламидиозом?**

- A. Половой
- B. Воздушно-капельный
- C. Внутриутробно
- D. Контактно-бытовой

Ответ А

**14. Укажите, какой орган не поражаются при болезни Рейтера?**

- A. Глаза
- B. Печень
- C. Суставы
- D. Уретра

Ответ В

**15. Какие уретриты не относятся к венерическим?**

- A. Хламидийный
- B. Кандидозный
- C. Трихомонадный
- D. Гарднереллезный
- E. Уреаплазменный

Ответ В

**16. Эпителий каких органов не поражается хламидиями?**

- A. Уретры
- B. Цервикального канала
- C. Прямой кишки
- D. Глаз

Ответ С

**17. В чем заключается медико-социальное значение хламидиоза?**

- A. Приводит к бесплодию
- B. Является причиной невынашивания беременности
- C. Является причиной воспалительных заболеваний органов малого таза
- D. Приводит к заражению новорожденных
- E. Все перечисленное верно

Ответ Е

**18. Какой основной метод лабораторной диагностики подтверждает диагноз хламидиоза?**

- A. Иммунофлуоресцентный
- B. Иммуноферментный
- C. ПЦР

- D. ЛЦР
  - E. Культуральный
- Ответ С

**19. Какой контингент женщин в акушерскогинекологической практике подлежит обследованию на урогенитальный хламидиоз?**

- A. Беременные женщины
- B. С воспалительными заболеваниями органов малого таза
- C. Наличие в анамнезе внематочной беременности
- D. Все перечисленное верно

Ответ D

**20. Какие основной путь заражения урогенитальным хламидиозом?**

- A. Половой
- B. Воздушно-капельный
- C. Внутриутробно
- D. Контактно-бытовой

Ответ А

**21. Укажите, какой орган не поражаются при болезни Рейтера?**

- A. Глаза
- B. Печень
- C. Суставы
- D. Уретра

Ответ В

**22. Какой метод лабораторной диагностики позволяет подтвердить урогенитальный трихомониаз?**

- A. РИФ
- B. РИБТ
- C. Культуральный
- D. РПГА
- E. Микроскопия нативного препарата

Ответ Е

**23. Укажите препарат для лечения урогенитального трихомониаза?**

- A. Метронидазол
- B. Низорал
- C. Дифлюкан
- D. Пенициллин

Ответ А

**24. Установление контроля излеченности урогенитального хламидиоза с применением полимеразной цепной реакции (ПЦР) следует проводить:**

- A. Не ранее чем через 1,5 месяца после лечения
- B. Сразу по окончании лечения
- C. Через 14 дней после лечения
- D. Через 1 месяц после лечения
- E. В течение месяца 3 раза с интервалом в 10 дней

Ответ С

**25. Выберите наиболее эффективное средство для лечения хламидийного уретрита:**

- A. пенициллин
- B. метронидазол
- C. доксициклин
- D. левамизол
- E. аспирин

Ответ С

**26. Какая стадия не характерна для болезни Рейтера ?**

- A. инфекционно-токсическая
- B. иммунного воспаления
- C. атрофии

Ответ С

**27. Полная триада болезни Рейтера включает:**

- A. асимметричный моноартрит, конъюнктивит, уретрит
- B. уретрит, конъюнктивит, мышечные атрофии
- C. цирциарный баланит, бурсит, наличие антигена HLA B27

Ответ А

**28. Выберите эффективное средство для лечения хламидийного уретрита:**

- A. бисептол
- B. метронидазол
- C. азитромицин (сумамед)
- D. бициллин
- E. делагил

Ответ С

**30. Наиболее достоверный из широко применяемых методов обнаружения хламидий:**

- A. посев на культуру клеток
- B. микроскопия по Романовскому - Гимза
- C. ПИФ
- D. ПЦР
- E. выделение в куриных эмбрионах

Ответ D

**31. Наиболее часто встречающаяся клиническая форма хламидиоза**

- A. острая
- B. персистирующая
- C. подострая
- D. хроническая
- E. носительство

Ответ D

**32. Условия, способствующие возникновению урогенитального кандидоза:**

- A. кишечный и локальный дисбактериоз
- B. иммунодефицитные состояния
- C. дисэндокринии
- D. антибиотикотерапия
- E. кортикостероидная терапия
- F. Все перечисленное верно

Ответ F

**33. Морфология возбудителя кандидоза:**

- A. ретикулярные тельца
- B. грушевидные почкующиеся клетки , псевдомицелий
- C. септированный мицелий
- D. нитевидные палочки
- E. коккобациллы

Ответ С

**34. Основной метод выявления кандидоза:**

- A. ИФА
- B. серологические
- C. микроскопия по Граму
- D. исследование нативного препарата

Ответ D

**35. Препараты, эффективные при кандидозе:**

- A. гризеофульвин
- B. низорал
- C. клотримазол
- D. пимафуцин
- E. метронидазол

Ответ B,C,D

**36. Группы препаратов , необходимые для лечения при хламидиозе:**

- A. препараты группы имидазола
- B. иммуностимуляторы
- C. ферменты
- D. антибиотики
- E. кортикостероиды

Ответ B,C,D

**37. Что является основным лабораторным подтверждением гарднереллеза:**

- A. тест на уреазу
- B. обнаружение флюоресцирующих антител
- C. обнаружение почкующихся клеток
- D. движение клеток в нативном препарате
- E. обнаружение ключевых клеток

Ответ E

**38. Морфология гарднерелл:**

- A. спирохеты
- B. кокковидные бактерии и палочки
- C. ретикулярные и элементарные тельца
- D. вирусы
- E. простейшие

Ответ B

**39. *Trichomonas vaginalis* способна передаваться**

- A. через поцелуй
- B. половым путем
- C. при купании в бассейне
- D. гемотрансфузионным путем
- E. все перечисленное верно

Ответ В

**40. У ВИЧ-инфицированных могут наблюдаться:**

- А. волосатая лейкоплакия
- В. себорейный дерматит
- С. саркома Капоши
- Д. рецидивирующий опоясывающий герпес
- Е. все перечисленное верно

Ответ: Е

**Ситуационные задачи**

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9**

**Задача 1**

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

При поступлении состояние удовлетворительное, губки наружного отверстия уретры гиперемированы, отечны, уретра пальпируется в виде мягко-эластического тяжа, выделения из нее обильные, гнойные. Наружные половые органы без особенностей, предстательная железа при пальпации не изменена. Мочеиспускание свободное, частое, умеренно болезненное. Макроскопическое исследование мочи: обе порции диффузно мутные. Микроскопическое исследование мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения. Микроскопическое исследование мазков отделяемого слизистой оболочки уретры: лейкоцитоз и гонококки. Общий анализ крови: Hb142 г/л, лейкоциты -  $5,4 \times 10^9$  /л, СОЭ 6 мм в час. Комплекс серологических реакций на сифилис отрицателен.

**Вопросы:**

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

**Ответ**

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

**Задача 2**

Через неделю после полового акта с незнакомой женщиной больной Г., 28 лет, почувствовал боль и жжение при мочеиспускании, гнойные выделения из уретры. При осмотре: губки уретры гиперемированы, отечны. Из мочеиспускательного канала стекают обильные гнойные выделения. При проведении двухстаканной пробы Томпсона помутнение мочи первой порции. В мазках, окрашенных по Грамму обнаружены гонококки.

Вопросы:

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

**Ответ**

1. Свежая неосложненная гонорея, острый передний уретрит.
2. Для предупреждения аллергических реакций рекомендуется за 20-30 минут до введения антибиотика назначить антигистаминные препараты (тавегил, фенкарол и др.). Далее назначить антибиотик: цефтриаксон 250 мг однократно внутримышечно.
3. Меры профилактики:
  - исключение случайных половых контактов
  - использование средств индивидуальной профилактики
  - соблюдение правил личной и трудовой гигиены, обследование и лечение половых партнеров

### Задача 3

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

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

**Вопросы:**

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

**Ответ**

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

лечения может быть продлен не более, чем на 10 дней. Дальнейший клинико-лабораторный контроль проводится 1 раз в месяц в течение 1-2 месяцев.

#### Задача 4

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

#### Вопросы:

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

#### Ответ

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

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

#### Задача 5

Ребенок Х, 9 лет заболел 8 сентября 2016 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  $10 \times 10^9$  /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 гиперемирована. Выраженная атрофия мышц обеих бедер и голеней. На слизистой мягкого и твердого неба и головке полового члена округлые эрозии с четкими краями и желтоватой поверхностью без гнойного отделяемого. Губки уретры не изменены, свободных выделений из уретры нет. Предстательная железа диаметром около 1 см с четкими контурами эластической консистенции. В соскобе из уретры лейкоциты покрывают все поле зрения, в центрифугате мочи после массажа предстательной железы лейкоцитов 15-20 в поле зрения. Элементарные тельца хламидий обнаружены в соскобе из уретры, с поверхности эрозий на твердом небе и половом члене.

**Вопросы:**

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

**Ответ**

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

**Контрольные вопросы по теме:**

1. Гонококковая инфекция
2. Урогенитальный хламидиоз
3. Трихомониаз
4. Уреаплазмоз
5. Генитальный кандидоз
6. Генитальный герпес
7. Шанкرويد (мягкий шанкр)
8. Венерическая лимфогранулема
9. СПИД

## МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

### 1. Деятельность обучающихся по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине

В процессе самостоятельной работы обучающийся приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

### 2. Методические рекомендации для обучающихся по отдельным формам самостоятельной работы.

#### Правила самостоятельной работы с литературой.

Самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста**:

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения**:

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;

2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;

3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;

4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;

5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для обучающихся является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь. Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;
3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного.

Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

#### **Методические рекомендации по составлению конспекта:**

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от обучающегося целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

#### **Практические занятия.**

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях обучающийся не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если обучающийся видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

#### **Самопроверка.**

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно обучающемуся рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

#### **Консультации**

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у обучающегося возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах обучающийся должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

#### **Подготовка к экзаменам и зачетам.**

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, обучающийся ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене обучающийся демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом обучающихся познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у обучающегося должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

#### **Правила подготовки к зачетам и экзаменам:**

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).

- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.

- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для обучающегося работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если обучающийся самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.

- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему обучающемуся лучше демонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).

- Сначала обучающийся должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательно аргументированные точки зрения.

### **3. Самостоятельная работа обучающихся по дисциплине**

## ТЕМА 1: Сифилис

### **В результате освоения темы**

#### **Обучающийся должен знать:**

1. Основные вопросы нормальной и патологической анатомии, нормальной и патологической физиологии, возрастные и половые особенности здорового и больного человека, взаимосвязь кожи, функциональных систем организма и их регуляцию;
2. Состояние заболеваемости сифилисом, задачи здравоохранения по лечению и профилактике;
3. Принципы местного этиотропного и симптоматического лечения больных сифилисом;
4. Современные классификации, клиническую симптоматику различных этапов сифилиса, их диагностику, лечение, профилактику;
5. Основы немедикаментозной терапии, физиотерапии и врачебного контроля, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению больных сифилисом;
6. Организацию мониторинга побочных и нежелательных эффектов лекарственных средств, случаев отсутствия терапевтического эффекта в Российской Федерации;
7. Вопросы организации диспансерного наблюдения за больными;

#### **Обучающийся должен уметь:**

1. Получать информацию о заболевании, выявлять общие и специфические признаки заболевания сифилисом;
2. Применять объективные методы обследования больного сифилисом;
3. На основании клинико-биохимических анализов и инструментально - диагностических исследований высказывать мнение о характере патологического процесса или заболевания, обосновывать направления патогенетической терапии сифилиса;
4. Оценить эффект проводимого лечения, установить нежелательные побочные эффекты лечения и устранить их;
5. Проводить дифференциальную диагностику сифилиса;
6. Выявлять факторы риска развития заболевания сифилисом, в том числе врожденным;
7. Определять показания для госпитализации и организовывать ее.
8. Проводить экспертизу временной нетрудоспособности, направлять пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу.
9. Проводить диспансерное наблюдение больных сифилисом

#### **Обучающийся должен владеть:**

1. Методикой оказания медицинской помощи больным сифилисом профиля в виде первичной медико-санитарной, специализированной медицинской помощи, которая включает мероприятия по профилактике, по своевременному (раннему) выявлению заболеваний, диагностике, лечению и медицинской реабилитации наиболее распространенных заболеваний венерологического профиля, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому образованию населения;
2. Методикой отбора при отсутствии эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях и/или при отсутствии возможности к проведению дополнительных обследований по медицинским показаниям по согласованию с врачом по профилю заболевания пациента для проведения дополнительных обследований и (или) лечения, в том числе в стационарных условиях;
3. Методикой отбора в случае невозможности оказания больному медицинской помощи в соответствии со стандартами в амбулаторных условиях или в условиях стационарного отделения венерологического профиля для направления в медицинскую организацию субъекта российской федерации или федеральные учреждения, оказывающие медицинскую помощь и имеющие в своем составе соответствующие специализированные отделения для проведения необходимых лечебно-диагностических мероприятий;

4. Методикой отбора для оказания специализированной медицинской помощи больным сифилисом, которая оказывается в стационарных условиях врачами - дерматовенерологами в соответствии с заболеванием пациента и включает лечение, требующие специальных методов диагностики и использования сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию;

5. Методикой осуществления профилактики сифилиса.

**Обучающийся должен владеть следующими практическими навыками:**

1. Опроса, осмотра и оформления истории болезни.
2. Составить план обследования больного сифилисом.
3. Анализировать, оценивать клинические, иммунологические, биохимические исследования.
4. Методами проведения профилактических мероприятий
5. Методами лечения различных видов сифилиса
6. Оформлять медицинскую документацию на больных для МСЭК.

**Оснащение занятия:** мультимедийный комплекс.

**Место проведения:** учебная комната (аудитория).

**Время проведения внеаудиторной работы обучающихся:** 9 часов.

**Виды самостоятельной работы обучающихся:**

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

**Контрольные вопросы по теме:**

1. Основные этапы развития учения о сифилисе.
2. Этиология сифилиса.
3. Общее течение и клиника сифилиса.
4. Основные периоды течения сифилиса.
5. Врожденный сифилис. Этиология, патогенез, клиника и лечение.
6. Основные методы современной лабораторной диагностики сифилиса.
7. Лечение сифилиса в разные периоды течения.
8. Диспансерное наблюдение за больными сифилисом.

**ТЕМА 2: Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП).**

**В результате освоения темы**

**Обучающийся должен знать:**

1. Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
2. Принципы организации акушерско-гинекологической помощи в Российской Федерации, работу больнично-поликлинических учреждений акушерско-гинекологического профиля;
3. Основные вопросы нормальной и патологической анатомии, нормальной и патологической физиологии, возрастные и половые особенности здорового и больного человека, взаимосвязь кожи, функциональных систем организма и их регуляцию;
4. Состояние заболеваемости ИППП, задачи здравоохранения по лечению и профилактике;
5. Принципы местного этиотропного и симптоматического лечения больных ИППП;
6. Современные классификации, клиническую симптоматику заболеваний ИППП, их диагностику, лечение, профилактику;

7. Основы немедикаментозной терапии, физиотерапии и врачебного контроля, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению венерологических больных;
8. Организацию мониторинга побочных и нежелательных эффектов лекарственных средств, случаев отсутствия терапевтического эффекта в Российской Федерации;
9. Вопросы медико-социальной экспертизы при венерологических болезнях;
10. Вопросы организации диспансерного наблюдения за больными;

**Обучающийся должен уметь:**

1. Получать информацию о заболевании, выявлять общие и специфические признаки заболевания;
2. Применять объективные методы обследования больного;
3. На основании клинико-биохимических анализов и инструментально - диагностических исследований высказывать мнение о характере патологического процесса или заболевания, обосновывать направления патогенетической терапии;
4. Оценить эффект проводимого лечения, установить нежелательные побочные эффекты лечения и устранить их;
5. Проводить дифференциальную диагностику;
6. Выявлять факторы риска развития венерологических заболеваний;
7. Рекомендовать меры вторичной профилактики обострений;
8. Определять показания для госпитализации и организовывать ее.
9. Проводить экспертизу временной нетрудоспособности, направлять пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу.
10. Проводить диспансерное наблюдение больных ИППП

**Обучающийся должен владеть:**

1. Методикой оказания медицинской помощи больным заболеваниями венерологического профиля в виде первичной медико-санитарной, специализированной медицинской помощи, которая включает мероприятия по профилактике, по своевременному (раннему) выявлению заболеваний, диагностике, лечению и медицинской реабилитации наиболее распространенных заболеваний венерологического профиля, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому образованию населения;
2. Методикой отбора при отсутствии эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях и/или при отсутствии возможности к проведению дополнительных обследований по медицинским показаниям по согласованию с врачом по профилю заболевания пациента для проведения дополнительных обследований и (или) лечения, в том числе в стационарных условиях;
3. Методикой отбора в случае невозможности оказания больному медицинской помощи в соответствии со стандартами в амбулаторных условиях или в условиях стационарного отделения венерологического профиля для направления в медицинскую организацию субъекта российской федерации или федеральные учреждения, оказывающие медицинскую помощь и имеющие в своем составе соответствующие специализированные отделения для проведения необходимых лечебно-диагностических мероприятий;
4. Методикой отбора для оказания специализированной медицинской помощи больным заболеваниями венерологического профиля, которая оказывается в стационарных условиях врачами - дерматовенерологами в соответствии с заболеванием пациента и включает лечение, требующие специальных методов диагностики и использования сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию;
5. Методикой осуществления профилактики болезней венерологического профиля.

**Обучающийся должен владеть следующими практическими навыками:**

1. Опроса, осмотра и оформления истории болезни.
2. Составить план обследования больного.
3. Анализировать, оценивать клинические, иммунологические, биохимические исследования.
4. Методами проведения профилактических мероприятий
5. Установить и запустить трансфузионные системы для внутривенного введения лекарственных растворов, крови, плазмы, кровезаменителей.
6. Выписать, оформить рецепты на основные лекарственные средства, применяемые в венерологии.
7. Взять материал из мочеполовых органов, прямой кишки и миндалин на гонококки.
8. Взять отделяемый материал, приготовить мазки, нативные препараты для исследования на трихомонады.
9. Взять материал на хламидии.
10. Взять материал микоплазмы и гарднереллы.
11. Взять материал на выявление СПИДа.
12. Оформить экстренные извещения.
13. Оформлять медицинскую документацию на больных для МСЭК.

**Оснащение занятия:** мультимедийный комплекс.

**Место проведения:** учебная комната (аудитория).

**Время проведения внеаудиторной работы обучающихся:** 9 часов.

**Виды самостоятельной работы обучающихся:**

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

**Контрольные вопросы по теме:**

1. Гонококковая инфекция
2. Урогенитальный хламидиоз
3. Трихомониаз
4. Уреаплазмоз
5. Генитальный кандидоз
6. Генитальный герпес
7. Шанкроид (мягкий шанкр)
8. Венерическая лимфогранулема
9. СПИД