

Электронная цифровая подпись



Утверждено 27 мая 2021 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»
Специальность 31.05.03 Стоматология
(уровень специалитета)
Направленность Стоматология
для лиц на базе среднего профессионального образования
(31.00.00 Клиническая медицина, 34.00.00 Сестринское дело), высшего образования
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог
Форма обучения: очная
Срок обучения: 5 лет**

1. Перечень компетенций и оценка их формирования в процессе освоения дисциплины

В результате освоения ОПОП обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине(модулю) Дерматовенерология

Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код и наименование компетенции /Код и наименование индикатора достижения компетенции	Содержание компетенции/ индикатора достижения компетенции	Вопросы темы, проверяющие освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	№ Теста, проверяющего освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	№ Задачи, проверяющей освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	Формы СРС № Темы презентации/ реферата и др. форм контроля проверяющего освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1.Методика обследования дерматологических больных. Первичные и вторичные морфологические элементы.	иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной	Особенности сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента в дерматологической клинике: .-время начала заболевания, – возможную причину --заболевания, -характер начала болезни (острое, постепенное), - динамику развития патологии, У больных инфекциями, передаваемыми половым путем, выясняется: - дата появления первоначальных	1-5	1	1,2	Устный ответ, стандартизованный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2.

		диагностики стоматологических заболеваний	<p>признаков болезни и их, локализация,</p> <p>-связь первых признаков с последним половым с предполагаемым источником заражения заболевания,</p> <p>-последовательность появления признаков заболевания на коже и слизистых оболочках, их вид, распространенность, локализацию, сроки исчезновения</p> <p>-первое обращение к врачу</p>					
	иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	<p>Порядок и регламент проведения обследования пациента в дерматологической клинике с целью установления диагноза: условия для проведения обследования, диагностический осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек.</p> <p>Проведение полного физикального обследования пациента (диаскопия, пальпация, поскабливание элементов сыпи.)</p> <p>Морфологические элементы кожных сыпей (первичные и вторичные), их клинические особенности..</p> <p>.Роль экзогенных, эндогенных, социальных</p>	6-10	2	3		

			<p>факторов в возникновении и развитии дерматозов. Роль генетических факторов, патологии нервной системы, иммунологических нарушений, заболеваний внутренних органов и др. в патогенезе дерматозов.</p>					
<p>2.Современные лабораторные, инструментальные, диагностические методы исследования в дерматологической клинике, показания, техника, интерпретация результатов.</p>	иОПК-5.3	<p>Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач</p>	<p>Составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента в дерматологической клинике (общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование кала на яйца глистов, анализ крови на сифилис (РМП), анализ крови на сахар, рентгенологическое исследование органов грудной клетки), инструментальные методы (а именно изучение мазка- отпечатка,</p>	1-10	3,4	1.-3	<p>Устный ответ, стандартизованный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач</p>	<p>В соответствии с п.4.2.2.</p>

			<p>исследование под лампой Вуда, диаскопия, исследование биоптата кожи, пункция элементов). При ИППП: -реакция микропреципитации (РМП) с плазмой и инактивированной сывороткой или ее аналоги; -ИФА – иммуноферментный анализ; -РПГА – реакция пассивной гемагглютинации; - РИФ – реакция иммунофлуоресценции, в том числе в модификациях РИФабс и РИФ200; -РИБТ (РИТ) – реакция иммобилизации бледных трепонем -микроскопическое исследования препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму. -культуральное исследование с использованием селективных питательных сред и определением ферментативных свойств <i>N. gonorrhoeae</i> (оксидазный тест и тесты ферментации сахаров). - ПЦР -молекулярно-биологических методы</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--

			исследования, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК возбудителей ИППП					
3.Хейлиты. Кандидоз слизистой оболочки полости рта. Предраковые заболевания губ и слизистой оболочки полости рта	иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний	Гландулярный хейлит. Первичный и вторичный. Гетеротопия, гиперплазия, гиперфункция слюнных желез как причина первичного glandулярного хейлита. Роль хронических воспалительных заболеваний губ (красный плоский лишай, красная волчанка и др.) в развитии вторичного glandулярного хейлита. Клиника glandулярного хейлита. Лечение. Прогноз. Профилактика. Метеорологический хейлит. Роль неблагоприятных метеорологических факторов (повышенная или пониженная влажность, запыленность воздуха, ветер, холод, солнечная радиация) в этиопатогенезе заболевания. Клиника. Дифференциальная диагностика с контактным аллергическим хейлитом и сухой формой актинического хейлита.	1-6	5	1,2	Устный ответ, стандартизованный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2.

			<p>Осложнения. Лечение, профилактика. Актинический хейлит. Роль sensibilization к солнечному свету, патологии желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы в патогенезе хейлита. Клиника экссудативной и сухой форм. Дифференциальная диагностика. Прогноз. Лечение.</p> <p>Профилактика. Симптоматические хейлиты. Атопический хейлит, экзема губ, простой и аллергический контактные хейлиты как вариант локализации на губах соответственно атопического дерматита, экземы, простого и аллергического дерматитов. Атопический хейлит: патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения и профилактики рецидивов Синдром Мелькерсона-Розенталя. Этиология и патогенез. Роль наследственности и инфекционной аллергии в развитии заболевания. Клиника, течение, патоморфология. Дифференциальная</p>					
--	--	--	---	--	--	--	--	--

			<p>диагностика с отеком Квинке и элифангиазом в результате рецидивирующего рожистого воспаления губы. Лечение. Прогноз. Профилактика. Хроническая трещина губы. Этиология и патогенез. Роль индивидуальных особенностей анатомического строения нижней губы, хронической травмы и гиповитаминоза в развитии заболевания. Клиника. Прогноз. Лечение. Вторичная профилактика</p>				
	иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	<p>. Предраковые заболевания губ и слизистой оболочки полости рта. Факторы, предрасполагающие к развитию предраковых изменений красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта: наследственность, внешние влияния (лучевая, в том числе солнечная радиация, травма, гальванический ток, курение, недостаток витамина А, алиментарный фактор), роль возраста и пола, состояния желудочно-кишечного тракта. Классификация предраков на облигатные и</p>	7-10	6	3	

			факультативные.					
.4.Дерматиты. Экземы	иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников в/ законных представителей)	<p>Этиология, патогенез, классификация (простые и аллергические). Особенности течения и диагностики дерматитов., жалобы анамнез жизни, факторы риска возникновения дерматитов .</p> <p>Этиология и патогенез экземы. Классификация экземы: этиологическая (истинная, микробная, себорейная, профессиональная) и по течению заболевания (острая, хроническая) Клиника острой и хронической экземы..</p>	1,3	7	1	Устный ответ, стандартизованный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2.

	иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Значение кожных проб в диагностике аллергических дерматитов.	6,7		2		
	иПК-1.5.	Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза и установление предварительного диагноза	Дифференциальная диагностика экземы с пузырьными дерматозами, герпесом и многоформной экссудативной эритемой..	8	8	3		

	иОПК-6.1.	Демонстрирует знания о лекарственных препаратах и видах немедикаментозного лечения	Принципы лечения дерматитов и экземы. Седативные, антигистаминные и десенсибилизирующие средства.	2,4		4		
	иОПК-6.2	Способен применить знания о медикаментозных и немедикаментозных методах лечения для назначения лечения	Диетотерапия при дерматитах и экземе.	5,9				
	иОПК-6.3	Способен осуществить контроль эффективности и безопасности назначенного лечения	Принципы наружной терапии примочки, пасты, мази Оказание первой помощи. Профилактика.	10				
5.Псориаз. Этиология, патогенез, клиника,	иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их	Этиология и патогенез псориаза, роль генетической предрасположенности,	1,2	9	1	Устный ответ, стандартизованный тестовый контроль,	В соответствии с п.4.2.2.

лечение.		родственников/ законных представителей)	стресса, фокальной инфекции. Вульгарный псориаз: клиника, излюбленная локализация, жалобы, особенности анамнеза жизни и болезни.				реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	
	иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Диагностическое значение триады псориатических симптомов; стадии заболевания и значение изоморфной реакции, понятие об артропатическом псориазе и псориатической эритродермии; клиническая картина вульгарного и пустулезного псориаза	3,4	10			
	иПК-1.5.	Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза и установление предварительного диагноза	Дифференциальная диагностика псориаза с себорейным дерматитом, красным плоским лишаем, парапсориазом, розовый лишай Жибера, папулезным (псориазоформным) сифилидом	5	11	2		
	иОПК-6.1.	Демонстрирует знания о лекарственных препаратах и видах немедикаментозного лечения	План лечения: · купирование острого процесса; · уменьшение или стабилизация патологического процесса (отсутствие свежих высыпаний) на коже; · снятие субъективных	6,7				

			ощущений; · сохранение трудоспособности; · повышение качества жизни больных					
	иОПК-6.2	Способен применить знания о медикаментозных и немедикаментозных методах лечения для назначения лечения	Лечение псориаза комплексное с учетом базовых аспектов патогенеза (устранение воспаления, подавление пролиферации кератиноцитов, нормализация их дифференцировки), клиники, степени тяжести, осложнений. Основные терапевтические подходы: 1. Местная терапия: используется при любых формах псориаза. Применение монотерапии. 2. Фототерапия при любых формах псориаза. 3. Системная терапия: используется исключительно при умеренной и тяжелой формах псориаза.	8,10		9		
	иОПК-6.3	Способен осуществить контроль эффективности и безопасности назначенного лечения	<i>Физиолечение:</i> фотолечение ПУВА-терапия, ПУВА – ванны, фонофорез, лазеромагнитотерапия, бальнеопроцедуры, гелиотерапия.	9				

<p>6.Пузырные дерматозы. Пузырчатка обыкновенная. Этиология, патогенез, клиника, лечение.</p>	<p>иПК-1.1.</p>	<p>Получение информации от пациентов (их родственников в/ законных представителей)</p>	<p>. Роль фокальной и герпетической инфекции, висцеральной патологии, охлаждения, повышенной чувствительности организма к различным медикаментам, вакцинам и сывороткам, продуктам и др. Значение приобретенного иммунодефицита в патогенезе заболевания Клинический признак- появление пузырей. Пузыри могут располагаться на любом участке кожного покрова, но чаще они появляются на местах наибольшей травматизации, включая слизистые оболочки, области естественных складок, волосистую часть головы. Мономорфные пузыри бывают мелкими или крупными, с тенденцией к периферическому росту и слиянию с образованием фестончатых очагов на визуально неизменной коже. Под влиянием акантолиза пузыри быстро вскрываются с образованием эрозий как на коже, так и на слизистых оболочках ротовой полости и аногенитальных областей. Быстро образующиеся</p>	<p>1,3,5</p>	<p>12</p>	<p>1</p>	<p>Устный ответ, стандартизованный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач</p>	<p>В соответствии с п.4.2.2.</p>
---	------------------------	---	---	--------------	-----------	----------	--	----------------------------------

			эрозии на слизистых оболочках болезненны, но эпителизируются без рубцовых изменений.				
	иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Диагностика пемфигуса основана на типичных клинических проявлениях, обнаружении акантолитических клеток, выявлении с помощью прямой и непрямой РИФ антител класса IgG, циркулирующих в крови и фиксированных в эпидермисе, обнаружении на гистопрепаратах внутриэпидермально расположенных пузырей Гистологически при истинном пемфигусе обнаруживают межклеточный отек эпидермиса и деструкцию межклеточных связей в участках мальпигиева слоя	6,7	13		
	иПК-1.5.	Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза и установление предварительного диагноза	Дифференциальная диагностика проводится с пемфигоидом Лёвера, буллезной формой дерматита Дюринга, буллезной разновидностью многоформной эритемы, хронической семейной доброкачественной пузырчаткой, с болезнью Дарье, акантолитическим дерматозом Гровера, синдромом Лайелла .	8	14	2	

	иОПК-6.1.	Демонстрирует знания о лекарственных препаратах и видах немедикаментозного лечения	Основа лечения больных пузырчаткой — применение глюкокортикоидов (преднизолон, триамцинолон, дексаметазон, бетаметазон).	9				
	иОПК-6.2	Способен применить знания о медикаментозных и немедикаментозных методах лечения для назначения лечения	Лечение проводят в условиях стационара или отделения интенсивной терапии начинается с введения преднизолона в максимальной дозе — 60–80 мг/сут. Если увеличение суточной дозы препарата до 100 мг в течение 4–6 сут не приводит к улучшению состояния, ее повышают в 2 раза и более раза.	10		3		

	иОПК-6.3	Способен осуществить контроль эффективности и безопасности назначенного лечения	Местное лечение. После механического вскрытия пузырей показана обработка фукорцином или метиленовым синим водным раствором 2р/сут, до момента исчезновения пузырей и эрозий. Оценка эффективности лечения проводится по прекращению появления новых высыпаний, исчезновению зуда или уменьшению его выраженности. При рецидивирующем течении необходимо проведение дополнительных обследований пациента для исключения опухолевых заболеваний внутренних органов	2,4				
7.Гнойничковые заболевания кожи. Этиология, патогенез, клиника, лечение Паразитарные заболевания кожи. Чесотка. Этиология, патогенез, клиника, лечение	иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников в/законных представителей)	Возбудителями пиодермий чаще всего являются представители семейства <i>Micrococcaceae</i> : стафилококки (Грамположительные факультативно-анаэробные бактерии) и стрептококки (Грамположительные аэробные и факультативно-анаэробные бактерии), наиболее часто – <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>S. haemolyticus</i> , <i>S. epidermidis</i> , β -гемолитический стрептококк. Патогенные	1,2	15	1	Устный ответ, стандартизованный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2.

			<p>свойства микроорганизмов определяются их способностью в процессе жизнедеятельности вырабатывать токсины, ферменты и другие биологически активные вещества.</p> <p>Чесотка.. Эпидемиология чесотки .Возбудитель чесотки - чесоточный клещ <i>Sarcoptes scabiei</i>.</p> <p><i>Клинические разновидности чесотки</i></p>					
	иПК-1.3.	<p>Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных , инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов</p>	<p>Особенности клинического проявления стрептодермий, пиодермий, стрептостафилодермий.</p> <p><i>Лабораторные исследования:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - бактериологическое исследование гнойного отделяемого с определением чувствительности к антибактериальным препаратам; - исследование уровня глюкозы в крови; - клинический анализ крови. <p>По показаниям назначаются консультации других специалистов: терапевта, эндокринолога.</p>	4,5		2		
	иПК-1.5.	<p>Разработка алгоритма постановки предваритель</p>	<p>Пиодермию дифференцируют с сифилитической пузырчаткой, врожденным</p>	3,6	16	3		

		<p>ного диагноза и установление предварительного диагноза</p>	<p>буллезным эпидермолизом, многоформной эритемой, токсическим эпидермальным некролизом Лайелла, дисгидрозом. Эктиму дифференцируют с сифилитической гуммой, индуративной эритемой Базена, туберкулезом кожи. Панариций дифференцируют с шанкром –панарицием, кандидозом ногтевых валиков.</p> <p><i>Диагностические симптомы</i> при чесотке: симптом Арди, симптом Горчакова,;симптом Михаэлиса симптом Сезари</p> <p>Методы диагностики чесотки :</p> <p><i>Метод прокрашивания</i> применяют для верификации чесоточных ходов</p> <p><i>Метод масляной витропрессии</i> позволяет быстро обнаружить чесоточный ход.</p> <p><i>Метод извлечения клеща иглой.</i></p> <p><i>Метод соскобов</i> позволяет обнаружить содержимое чесоточного хода, папул и везикул. Результат лабораторной диагностики</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--

			считается положительным, если в препарате обнаруживают самку, самца, личинку, нимфу, яйца, опустевшие яйцевые оболочки, личинные шкурки. <i>Дерматоскопия</i> при обследовании больного чесоткой. Дифференциальная диагностика чесотки с псевдосаркоптозом, контактным аллергическим дерматитом, крапивницей, токсикодермией, крысиным клещевым дерматитом, педикулезом, флеботодермией, дисгидротической экземой, атопическим дерматитом, кожным зудом, у детей – с почесухой, ветряной оспой.					
	иОПК-6.1.	Демонстрирует знания о лекарственных препаратах и видах немедикаментозного лечения	<p>План лечения пиодермий</p> <ul style="list-style-type: none"> - разрешение элементов; - эпителизация эрозий; - уменьшение частоты рецидивов заболевания при хронических формах пиодермий. <p>План лечения чесотки</p> <ul style="list-style-type: none"> - уничтожение возбудителя на всех стадиях его развития; - устранение клинических проявлений заболевания; - предупреждение 	7,8				

			<p>развития осложнений; - предупреждение заражения других лиц. Неспецифические методы терапии используют для лечения осложнений, сопутствующих чесотке, и снижения интенсивности кожного зуда. Лечение при чесотке подразделяется в зависимости от цели, которую преследует врач. Выделяют три вида терапии: - специфическое; - профилактическое; - пробное (ex juvantibus). <i>Специфическое лечение</i> проводится при наличии у больного чесотки, диагноз которой подтвержден</p>					
8.Микозы Этиология, патогенез, клиника, лечение	иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников в/законных представителей)	<p>Кератомикозы. Дерматомиозы. Отрубевидный лишай, Эпидемиология микроспории и трихофитии. Клиника микроспории, поверхностной и инфильтративно-нагноительной трихофитии. Микозы стоп. Эпидемиология. Основные клинические симптомы эпидермофитии и рубромикоза стоп и кистей Кандидоз. Этиология. Роль патологии, нарушений</p>	1,2,3 4	17	1	Устный ответ, стандартизованный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2.

			иммунного статуса, гиповитаминоза, эндокринной патологии, длительного приема антибиотиков, цитостатиков и кортикостероидов в патогенезе кандидоза					
	иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Для определения вида возбудителя проводится культуральное исследование и исследование молекулярно-биологическими методами.	5	18	2		
	иПК-1.5.	Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза и установление предварительного диагноза	Диагностика, значение люминесцентного метода. Диагностика дерматофитий базируется на данных клинической картины и результатах лабораторных исследований - проведения микроскопического исследования поражённых ногтевых пластин, соскоба чешуек с очагов на гладкой коже..	6,8,9				

	иПК-1.6.	Разработка алгоритма постановки окончательного диагноза, постановка окончательного диагноза	<p>Дифференциальный диагноз руброфитии проводят с псориазом, себорейным дерматитом, экземой, красным плоским лишаем, герпетиформным дерматитом Дюринга, красной волчанкой, лимфомой кожи.</p> <p>Дифференциальный диагноз паховой эпидермофитии проводят с эритразмой, рубромикозом, псориазом, кандидозом.</p> <p>Дифференциальная диагностика кандидозных поражений ногтей проводится с онихиями и паронихиями бактериальной природы, псориазом.</p>					
	иОПК-6.2	Способен применить знания о медикаментозных и немедикаментозных методах лечения для назначения лечения	План лечения - клиническое излечение; - отрицательные результаты микроскопического исследования на грибы.	7	19	3		
	иОПК-6.3	Способен осуществить контроль эффективности и	Принципы лечения в микологическом отделении КВД. Наружная терапия микозов 1. <i>Антимикотические</i>	10				

		безопасности назначенного лечения	<p>препараты для наружного применения (изоконазол, тербинафин, миконазол)</p> <p>2. Системная терапия - При неэффективности наружной терапии назначают <i>антимикотические препараты системного действия</i> (итраконазол, флуконазол, кетоконазол)</p> <p>Профилактика: лечение фоновых заболеваний, санация полости рта, рациональный прием антибиотиков, кортикостероидов и иммунодепрессантов</p>					
9..Вирусные дерматозы Этиология, патогенез, клиника, лечение	иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников в/ законных представителей)	<p>Простой герпес. Этиология. Роль охлаждения, простудных заболеваний, других заболеваний, вызывающих иммунодефицитное состояние в патогенезе заболевания. Клиническая картина, понятие о рецидивирующем герпесе</p>	1,2	20	1	Устный ответ, стандартизованный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2.
	иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования	<p>Диагностика простого герпеса в случаях типичной локализации В мазках-отпечатках со дна эрозий, при окраске по Романовскому - Гимзе или метиленовым синим, обнаруживаются эпителиальные клетки, представляющие собой крупные бледные</p>	3,4	21	2		

		и заключений консультаций врачей-специалистов	"баллонные" клетки, содержащие несколько ядер. В случаях генитального герпеса, напоминающего твердый шанкр, необходимо провести исследование отделяемого эрозий на бледную трепонему.					
	иПК-1.5.	Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза и установление предварительного диагноза	Дифференциальная диагностика герпеса с пузырьными дерматозами, сифилитическими папулами, афтозным стоматитом, чесоточными узелками, фолликулитами, фурункулами.	5,6,7	22			
	иОПК-6.2	Способен применить знания о медикаментозных и немедикаментозных методах лечения для назначения лечения	Общая терапия заключается в назначении в начальном периоде острой герпетической инфекции пероральных специфических противовирусных средств (ацикловир, фамцикловир). Наружная терапия включает в себя спиртовые растворы красителей, мази, кремы и аэрозоли, содержащие противовирусные средства, а также дезинфицирующие средства (при присоединении вторичной бактериальной инфекции).	9		3		

	иОПК-6.3	<p>Способен осуществлять контроль эффективности и безопасности назначенного лечения</p>	<p>Лечение при чесотке подразделяется в зависимости от цели, которую преследует врач. Выделяют три вида терапии:</p> <ul style="list-style-type: none"> - специфическое; - профилактическое; - пробное (ex juvantibus). <p><i>Специфическое лечение</i> проводится при наличии у больного чесотки, диагноз которой подтвержден клинически и лабораторно путем обнаружения возбудителя.</p>	7,8				
			<p>Принципы терапии чесотки: - одновременное лечение всех больных, выявленных в очаге, для предотвращения реинвазии;</p> <ul style="list-style-type: none"> - нанесение противочесоточных препаратов в вечернее время для повышения эффективности терапии, что связано с ночной активностью возбудителя; - нанесение противочесоточных препаратов, разрешенных к применению у детей в возрасте до 3 лет на весь кожный покров, у остальных больных исключение составляют лицо и волосистая часть головы; 	10	23			

10. Сифилис. Гонорея. Трихомониаз. Негонококковые уретриты.	иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников в/законных представителей)	Сифилис. Возбудитель. Общее течение, периодизация сифилиса. Классификация сифилиса. Инкубационный период. Первичный период сифилиса. Клинические проявления. Особенности клинической картины твердого шанкра и их дифференциальная диагностика. Вторичный период сифилиса, клиника и течение. Клинические особенности пятнистого и папулезного сифилидов и их дифференциальная диагностика. Третичный период сифилиса (активный, скрытый).. Клиника, течение, исход. Клинические особенности бугоркового и гуммозного сифилидов 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	1,2	24	1	Устный ответ, стандартизованный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2.

			<p>сифилиса. Триада Гетчинсона.</p> <p>Гонорея. Возбудитель, его биологические свойства, пути заражения, инкубационный период. .Клиническая картина. Трихомониаз. Возбудитель, пути заражения, инкубационный период. Клиническая картина. Хламидиоз. Возбудитель, его свойства. Распространенность, пути заражения, инкубационный период. Клиническая картина.</p>				
	иПК-1.3.	<p>Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов</p>	<p>Лабораторная диагностика сифилиса: Серологические методы диагностики, рекомендуемые для исследования сыворотки крови</p> <p><i>Нетрепонемные тесты:</i> – реакция микропреципитации (РМП) с плазмой и инактивированной сывороткой или ее аналоги: – RPR (РПР) – тест быстрых плазменных реактивов (Rapid Plasma Reagins), или экспресс-тест на реакины плазмы;</p>	3,4	25	2	

			<p>– VDRL – Venereal Disease Research Laboratory test – тест Исследовательской лаборатории венерических заболеваний;</p> <p>– TRUST – тест с толуидиновым красным и непрогретой сывороткой (Toluidin Red Unheated Serum Test);</p> <p>– USR – тест на реакины с непрогретой сывороткой (Unheated Serum Reagins);</p> <p>Трепонемные тесты:</p> <p>– ИФА (иммуноферментный анализ) - высокочувствительный и специфичный тест. Чувствительность при первичном и вторичном сифилисе – 98-100%, специфичность – 96-100%. Дает возможность дифференцированного и суммарного определения IgM и IgG антител к возбудителю сифилиса;</p> <p>– иммуноблоттинг является модификацией ИФА. Чувствительность и специфичность – 98-100%. Может применяться для подтверждения диагноза, в особенности при сомнительных или противоречивых результатах других трепонемных тестов.</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--

			<p>Относительно новыми для использования в Российской Федерации являются методы выявления трепонемоспецифических антител, основанные на методах иммунохемилюминесценции (ИХЛ) и иммунохроматографии (ИХГ).</p> <p>– метод ИХЛ (иммунохемилюминесценции), обладающий высокой чувствительностью и специфичностью (98-100%), дает возможность количественного определения уровня антител к возбудителю сифилиса, может быть использован для подтверждения сифилитической инфекции и скрининга. <i>Ограничения применения:</i> не может быть использован для контроля эффективности терапии, может давать ложноположительный результат.</p> <p>– ПБТ (простые быстрые тесты у постели больного, или иммунохроматографические тесты) позволяют проводить быстрое определение содержания</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--

			<p>трепонемоспецифических антител к возбудителю сифилиса в образцах сыворотки и цельной крови без использования специального лабораторного оборудования и применяться при оказании первичной медико-санитарной помощи, в том числе по эпидемиологическим показаниям. <i>Ограничения применения:</i> не могут быть использованы для контроля эффективности терапии, могут давать ложноположительный результат.</p> <p>– РПГА (реакция пассивной гемагглютинации) – высокочувствительный и специфичный тест. Чувствительность метода при первичном сифилисе – 76%, при вторичном - 100%, при скрытом – 94-97%, специфичность – 98-100%;</p> <p>– РИФ (реакция иммунофлуоресценции, в том числе в модификациях РИФабс и РИФ200) – достаточно чувствительна на всех стадиях сифилиса (чувствительность при первичном сифилисе – 70-100%, при вторичном и</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--

			<p>позднем – 96-100%), специфичность – 94-100%. РИФ применяется для дифференциации скрытых форм сифилиса и ложноположительных результатов исследований на сифилис;</p> <p>– РИБТ (РИТ) (реакция иммобилизации бледных трепонем) – классический тест для выявления специфических трепонемных антител; чувствительность (суммарно по стадиям сифилиса) составляет 87,7%; специфичность – 100%. Трудоемкий и сложный для постановки тест, требующий значительных средств для проведения тестирования. Сфера применения РИБТ сужается, однако она сохраняет свои позиции как «реакция-арбитр» при дифференциальной диагностике скрытых форм сифилиса с ложноположительными результатами серологических реакций на сифилис.</p>					
	иПК-1.5.	Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза и	<p>Дифференциальная диагностика: Первичного сифилиса : с эрозивным баланопоститом, генитальным герпесом,</p>	5,	26	3		

		<p>установление предварительного диагноза</p>	<p>трихомониазом, шанкриформной пиодермией, раком кожи, мягким шанкром, венерической лимфогранулемой, донованозом, острой язвой вульвы Чаплина-Липшютца, молниеносной гангреной половых органов, тромбозами и флеболимфангитами половых органов.</p> <p>Вторичный сифилис: <i>пятнистые сифилиды</i> — с острыми инфекциями (краснуха, корь, брюшной и сыпной тифы), токсидермией, розовым лишаем, отрубевидным лишаем, мраморностью кожи, пятнами от укусов насекомых; <i>папулезные сифилиды</i> — с каплевидным парапсориазом, красным плоским лишаем и псориазом; при локализации папул на ладонях и подошвах — с псориазом, экземой, микозами стоп и кистей; эрозивные папулы гениталий — с фолликулитами, контагиозным моллюском; <i>широкие кондиломы</i> — с остроконечными кондиломами, вегетирующей</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

		<p>пузырчаткой, геморроидальными узлами; <i>папуло-пустулезные сифилиды: угревидный</i> — с вульгарными (юношескими) угрями, папулонекротическим туберкулезом кожи, узелковым аллергическим васкулитом, йодистыми или бромистыми угрями, масляными профессиональными фолликулитами; <i>оспенновидный</i> — с ветряной оспой; <i>импетигоподобный</i> — с вульгарным импетиго; <i>сифилитическую эктиму</i> — с эктимой вульгарной; <i>сифилитические рупии</i> — с псориазом; <i>везикулезный сифилид</i> — с герпетическими высыпаниями; <i>поражение слизистых оболочек</i> - с лакунарной ангиной, дифтерией зева, ангиной Плаута-Венсана, красным плоским лишаем, лейкоплакией, красной волчанкой, кандидозом, многоформной эритемой, буллезным пемфигоидом, герпесом, истинной пузырчаткой, афтозным стоматитом, эксфолиативным глосситом;</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--

			<p><i>сифилитическую лейкодерму</i> — с отрубевидным лишаем, лейкодермой после разрешения других дерматозов (псориаз, парапсориаз и т. д.), витилиго;</p> <p><i>сифилитическую алопецию</i> — с диффузной алопецией неспецифической этиологии, крупноочаговой алопецией, себорейным облысением, рубцующей алопецией (псевдопеладой Брока), трихомикозами, дискоидной и диссеминированной красной волчанкой, красным плоским лишаем;</p> <p>Третичный сифилис:</p> <p><i>бугорковый сифилид</i> — с туберкулезной волчанкой, туберкулоидным типом лепры, конглобатными акне, кольцевидной гранулемой, базалиомой, саркоидозом Бенъе–Бек–Шауманна, эктимой вульгарной, варикозными язвами голеней, кожным лейшманиозом, липоидным некробиозом, васкулитом узелковым некротическим, хронической язвенной пиодермией, псориазом;</p> <p><i>гуммы</i> — со скрофулодермой,</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--

			индуративным туберкулезом кожи, эктимой вульгарной, хронической язвенной пиодермией, спиноцеллюлярным раком, сифилитической эктимой, изъязвившейся базалиомой, лепроматозными узлами, варикозными язвами, узловатой эритемой, васкулитом узловатым аллергическим, панникулитом узловатым лихорадочным Вебера–Крисчена, лейшманиозом кожи, туберкулезными поражениями и новообразованиями; <i>третичную розеолу</i> — с различными эритемами (стойкой фигурной эритемой Венде, хронической мигрирующей эритемой Афцелиуса–Липшютца, центробежной кольцевидной эритемой Дарье), а также с пятнистыми высыпаниями при лепре;					
--	--	--	---	--	--	--	--	--

	иОПК-6.2	Способен применить знания о медикаментозных и немедикаментозных методах лечения для назначения лечения	<p>Цели и план лечения</p> <p><i>Специфическое лечение</i> проводят с целью этиологического излечения пациента путем создания трепонемотической концентрации антимикробного препарата в крови и тканях, а при нейросифилисе — в ЦСЖ.</p> <p><i>Превентивное лечение</i> проводят с целью предупреждения сифилиса лицам, находившимся в половом и тесном бытовом контакте с больными ранними формами сифилиса, если с момента контакта прошло не более 2 месяцев.</p>	6,7	27	4		
--	-----------------	---	---	-----	----	---	--	--

		<p><i>Профилактическое лечение</i> проводят с целью предупреждения врожденного сифилиса: а) беременным женщинам, лечившимся по поводу сифилиса до беременности, но у которых в нетрепонемных серологических тестах сохраняется позитивность; б) беременным, которым специфическое лечение сифилиса проводилось во время беременности; в) новорожденным, родившимся без проявлений сифилиса от нелеченной либо неадекватно леченной во время беременности матери (специфическое лечение начато после 32-й недели беременности, нарушение или изменение утвержденных схем лечения); г) новорожденным, матери которых, при наличии показаний во время беременности, не получили профилактического лечения.</p> <p><i>Пробное лечение</i> (лечение <i>ex juvantibus</i>) в объеме специфического проводят при подозрении на</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--

			специфическое поражение внутренних органов, нервной системы и опорно-двигательного аппарата, когда диагноз не представляется возможным подтвердить убедительными серологическими и клиническими данными.					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

			<p>Антибактериальными препаратами, рекомендованными для лечения сифилиса являются:</p> <p>Пенициллины:</p> <ul style="list-style-type: none"> – дюранные: <p>Бициллин–1 (дибензилэтилендиаминовая соль бензилпенициллина, иначе – бензатин бензилпенициллин),</p> <p>комбинированные:</p> <p>Бициллин–5 (дибензилэтилендиаминовая и новокаиновая и натриевая соли пенициллина в соотношении 4:1);</p> <ul style="list-style-type: none"> – средней дюрантности: <p>Бензилпенициллина новокаиновая соль;</p> <ul style="list-style-type: none"> – водорастворимый: <p>Бензилпенициллина натриевая соль кристаллическая;</p> <ul style="list-style-type: none"> – полусинтетические: <p>Ампициллина натриевая соль, Оксациллина натриевая соль.</p> <p>Тетрациклины: Доксициклин.</p> <p>Макролиды: Эритромицин.</p> <p>Цефалоспорины: Цефтриаксон.</p>	8	28	5		
--	--	--	---	---	----	---	--	--

			<p>Препаратом выбора для лечения сифилиса является бензилпенициллин.</p> <p>Лечение больных висцеральным сифилисом рекомендовано проводить в условиях стационара — дерматовенерологического или терапевтического/кардиологического с учетом тяжести поражения. Лечение проводится дерматовенерологом, назначающим специфическое лечение, совместно с терапевтом/кардиологом, рекомендующим сопутствующую и симптоматическую терапию.</p> <p>Лечение пациентов с клинически манифестными формами нейросифилиса проводится в условиях неврологического/психиатрического стационара в связи с необходимостью активного участия невролога/психиатра в лечении и наблюдении пациента, тяжестью его состояния и вероятностью усугубления или появления</p>				
--	--	--	--	--	--	--	--

			<p>неврологической симптоматики на фоне антибактериальной терапии. Специфическое лечение назначается дерматовенерологом.</p> <p>Цели и план лечения ИППП :</p> <ul style="list-style-type: none">- эрадикация инфекционного агента- исчезновение клинических симптомов заболевания;- предотвращение развития осложнений;- предупреждение инфицирования других лиц. <p>Антибактериальное лечение больному с ИППП назначается после установления диагноза, в ряде случаев – по эпидемиологическим показаниям до получения результатов лабораторных исследований с дальнейшим подтверждением диагноза одним из методов.</p> <p>Согласно данным о профиле резистентности ИППП Российской Федерации наблюдаются односторонние тенденции роста устойчивости к пенициллинам, тетрациклинам, фторхинолонам,</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--

			<p>азитромицину. Лечение ИППП препаратами, не вошедшими в клинические рекомендации (пенициллинами, тетрациклинами, фторхинолонами, азитромицином) возможно только при доказанной чувствительности выделенного клинического изолята к ним. Рекомендации пациенту в период лечения и диспансерного наблюдения воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления излеченности</p>					
	иОПК-6.3	Способен осуществить контроль эффективности и безопасности назначенного лечения	<p>Требования к результатам лечения (серологические критерии эффективности терапии сифилиса): 1. Негативация неспецифических серологических реакций – РМП (РПР, VDRL) – или снижение титра антител в 4 и более раза (на 2 разведения сыворотки) в течение 12 месяцев после окончания специфической терапии по поводу ранних форм сифилиса; 2. Негативация РИБТ</p>	9,10	29	6,7		

			<p>(обычно не ранее, чем через 2-3 года после окончания лечения); Негативация РИФ, ИФА, РПГА наблюдается исключительно редко. Сохранение положительных РИФ, ИФА и РПГА при отрицательных НТТ у человека, перенесшего сифилис, не рассматривается как неудача терапии. Профилактика сифилиса включает: санитарно-просветительскую работу; скрининговое обследование определенных групп населения, подверженных повышенному риску инфицирования, либо тех групп, в которых заболевание ведет к опасным социальным и медицинским последствиям, а также проведение полноценного специфического лечения с последующим клинико-серологическим наблюдением.</p> <p>Тактика при отсутствии эффекта от лечения при ИППП</p> <ul style="list-style-type: none">- исключение реинфекции;- определение чувствительности				
--	--	--	---	--	--	--	--

			<p><i>инфекционного агента к антибактериальным препаратам;</i></p> <p>- назначение антибактериальных препаратов других фармакологических групп согласно результатам определения чувствительности выделенных изолятов.</p>					
11 Дерматологические аспекты СПИДа	иПК-1.1.	<p>Получение информации от пациентов (их родственников в/законных представителей)</p>	<p>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: саркома Капоши, себорейный дерматит, кандидоз, простой герпес и опоясывающий, остроконечные кондиломы, контагиозный моллюск, волосатая лейкоплакия языка.</p>	1,2	30	1	Устный ответ, стандартизованный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2.

	иПК-1.3.	<p>Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов</p>	<p>Основные диагностические исследования, проводимые на амбулаторном уровне: иммунохроматографический (иммуноферментный) анализ на ВИЧ (ИХА/ИФА);</p> <ul style="list-style-type: none"> • иммуноблоттинг (ИБ); • число лимфоцитов CD4 (абсолютное и процентное содержание) - двукратное измерение с интервалом не менее 7 дней; • ПЦР на ВИЧ (- ВН). <p>Основные диагностические исследования, проводимые на стационарном уровне:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ОАК (лейкоцитарная формула, подсчет тромбоцитов и эритроцитов, гемоглобин, СОЭ); • ОАМ; • биохимические показатели функции печени (АлАТ, АсАТ, щелочная фосфатаза, билирубин, общий белок). 	3,4	31	2		
	иПК-1.5.	<p>Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза и установление</p>	<p>Дифференциальный диагноз: проводится с оппортунистическими инфекциями и другими вторичными заболеваниями по результатам консультаций</p>	5,6		3		

		предварительного диагноза	специалистов (инфекционный мононуклеоз, токсоплазмоз, хронический вирусный гепатит, туберкулез)					
	иОПК-6.2	Способен применить знания о медикаментозных и немедикаментозных методах лечения для назначения лечения	Цели и план лечения: <ul style="list-style-type: none"> • снижение вирусной нагрузки; • улучшение качества и продление жизни пациента; • восстановление функции иммунной системы; • снижение риска развития тяжелых, угрожаемых жизни ОИ и других вторичных заболеваний; • снижение риска распространения ВИЧ-инфекции другим лицам. 	7,8		4		
	иОПК-6.3	Способен осуществить контроль эффективности и безопасности назначенного лечения	Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне Рекомендуется включение в тройную схему одного из нижеследующих препаратов: (абакавир диданозин, зидовудин ламивудин; и др)	9,10				

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

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины –п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплине;
- написание рефератов, (презентаций), эссе;
- решение ситуационных задач;
- курация больного/разбор тематического больного
- разбор истории болезни.

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

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

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

Тема 1

1. Какие проблемы должен решить врач, приступая к обследованию больного?

- A. Нуждается ли больной в лечении, или следует ограничиться наблюдением за ним?
- B. Как больной переносит лекарственные препараты?
- C. Где будет проводить лечение (в стационаре или амбулаторно)?
- D. Все перечисленное верно

2. Дерматологический диагноз формулируется, включая все перечисленное, кроме:

- A. нозологической формы
- B. клинической формы
- C. характера течения
- D. стадии процесса
- E. эффективности предшествующего лечения

3. Осмотр больного кожным заболеванием предусматривает оценку:

- A. тургора кожи
- B. цвета кожи
- C. воспалительных и невоспалительных изменений кожи
- D. состояния придатков кожи
- E. всего перечисленного

4. К первичным морфологическим элементам при осмотре не относится:

- A. Папула
- B. Рубец
- C. Везикула
- D. Волдырь

5. Чем отличается узел от бугорка?

- A. Формой
- B. Размером
- C. Цветом
- D. Глубиной залегания в коже

6. Чем отличается папула от волдыря?

- A. Размером
- B. Не исчезает при надавливании
- C. Цветом
- D. Формой

7. К первичным бесполостным морфологическим элементам относится:

- A. папула
- B. пузырь

- C. гнойничок
- D. трещина
- A. гематомы

8. К вторичным морфологическим элементам относятся все, кроме:

- A. язвы
- B. трещины
- C. корочки
- D. узла

9. Цвет кожи зависит от:

- A. толщины рогового слоя
- B. Количества меланина
- C. Кровенаполнения сосудов
- D. других веществ (каротина, гемосидерина)
- E. Все ответы правильны

10. При каком микозе наблюдается зеленое свечение под лампой Вуда?

- A. Трихофития
- B. Микроспория
- C. Фавус
- D. Отрубевидный лишай
- E. Кандидоз

Эталоны ответа

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D	E	E	B	D	B	A	D	E	B

Тема 2.

1. Для диагностики каких заболеваний показан метод прямой иммунофлюоресценции:

- A. буллезного пемфигоида
- B. васкулита
- C. герпеса беременных
- D. герпетического дерматоза Дюринга
- E. все верно

2. Методами лабораторной диагностики чесотки являются:

- A. Посев на питательные среды
- B. Извлечение клеща иглой
- C. Иммунофлюоресцентный
- D. Методы соскобов
- E. Мазки-отпечатки

3. Назовите методы диагностики отрубевидного лишая:

- B. микроскопическое исследование чешуек с очагов поражения
- C. йодная проба Бальзера
- D. поскабливание очагов поражения (феномен “стружки”)
- E. все перечисленное верно

4. Наиболее важным лабораторным исследованием для подтверждения диагноза вульгарной пузырчатки является:

- A. исследование мазков-отпечатков на акантолитические клетки
- B. клинический анализ крови
- C. исследование содержимого пузыря на эозинофилы
- D. посев содержимого пузыря на флору
- E. исследование крови на электролиты

5. Для подтверждения диагноза герпетического дерматоза Дюринга необходимо провести кожную пробу для определения повышенной чувствительности к:

- A. сульфаниламидам
- B. антибиотикам
- C. новокаину
- D. иодидам

6. Наиболее важным лабораторным исследованием для подтверждения диагноза вульгарной

пузырчатки является:

- A. исследование в темном поле
- B. исследование мазков отпечатков на акантолитические клетки
- C. исследование содержимого пузыря на эозинофилы
- D. посев содержимого пузыря на флору
- E. 5. исследование в лучах Вуда

7. Какое из нижеперечисленных исследований применяется в повседневной практике для обнаружения бледных трепонем?

- A. исследование нативных препаратов в темном поле
- B. окраска мазка по Романовскому-Гимзе
- C. окраска мазка метиленовым синим
- D. культивирование на питательных средах
- E. серебрение по Морозову

8. Какие пробы используют для подтверждения профессионального характера заболевания кожи?

- A. йодная проба Ядассона
- B. капельная проба
- C. йодная проба Бальцера
- D. компрессная проба
- E. верно B) и D)

9. Активность процесса при красной волчанке определяется:

- A. содержанием R-белков
- B. содержанием фибронектина
- C. нахождением LE-клеток
- D. абсолютным числом Т-РОК

10. При диагностике микозов используются все перечисленные лабораторные методы, кроме:

- E. всем перечисленным
- A. микроскопии пораженных волос и чешуек кожи
- B. культуральной диагностики
- C. мазков-отпечатков с очагов поражения
- D. люминесцентной диагностики

Эталоны ответа

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
E	B	E	A	D	B	A	E	C	C

Тема 3

1. Трансформация пигментного невуса в злокачественную меланому может проявиться:

- 1. неравномерной зоной гиперемии вокруг невуса
- 2. увеличением или неравномерностью пигментации
- 3. увеличением или неравномерностью плотности
- 4. изъязвлением, кровоточивостью, увеличением размеров
- 5. всем перечисленным

2. Для кератоакантомы характерно:

- 1. начало с шаровидного узла
- 2. быстрый центральный распад с образованием блюдцеобразной опухоли
- 3. отторжение распадающихся масс с одновременным уплощением опухоли
- 4. образование депигментированного звездчатого рубца не позднее 3 месяцев с начала заболевания
- 5. все перечисленное

3. Клиническими проявлениями при грибовидном микозе может быть все перечисленное, кроме:

- 1. сильного зуда
- 2. эритематозных очагов, инфильтративных бляшек
- 3. опухолевидно-узловатых образований с язвенным распадом
- 4. эритродермии и кератодермии ладоней и подошв
- 5. лимфангиэктатических кист

4. Профилактика злокачественных опухолей кожи включает:

1. лечение предрака
2. исключение повторного лечения лучами Рентгена
3. ограничение применения мышьяка
4. диспансерное наблюдение за работающими с углеводородами (продуктами перегонки нефти, угля, сланцев)
5. все перечисленное

5. Признаками озлокачествления меланоцитарного невуса являются:

1. увеличение площади и высоты элемента
2. усиление интенсивности пигментации или элементов сателлитов
3. развитие воспалительной реакции в невусе
4. образование эрозий или изъязвления
5. все перечисленное верно

6. Чаще всего эритроплазия Кейра локализуется:

1. на коже кистей
2. на коже туловища
3. в области половых органов мужчин
4. в области половых органов женщин
5. на коже нижних конечностей

7. Эритроплазия кейра относится к группе:

1. предрака
2. внутриэпидермального рака
3. плоскоклеточного рака
4. базалиом
5. папиллом

8. Дифференциально-диагностическим признаком поверхностной формы базалиомы является:

1. шелушение
2. наличие мелких блестящих узелков по периферии пятна
3. безболезненность
4. интенсивный зуд
5. верно 1 и 3

9. К так называемым «меланонеопасным» невусам относят:

1. фиброэпителиальный невус
2. папилломатозный
3. веррукозный
4. «монгольское» пятно
5. Невус Сеттона (галоневус)

10. К невусам – предшественникам меланомы относят:

1. невус Ота
2. гигантский пигментный невус
3. меланоз Дюбрея
4. верно 2 и 3
5. все перечисленное верно

Эталоны ответов

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

Тема 4 Дерматиты.. Экземы.

1. К зудящим дерматозам (нейродерматозам) относят:

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

2. К зудящим дерматозам не относят:

1. крапивницу

2. нейродермит
3. почесуху Гебры
4. розовый лишай Жибера

3. В какие времена года обычно наблюдаются рецидивы нейродермита:

1. весна
2. осень
3. зима
4. лето

4. В этиопатогенезе нейродермита играют роль:

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

5. Какими высыпаниями проявляется крапивница:

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

6. Назовите разновидности крапивницы:

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

7. Для профессиональной экземы характерны:

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

8.Облигатными раздражителями являются:

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

9. Условием развития дерматоза от воздействия фотодинамических веществ является:

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

10 Контактный неаллергический дерматит характеризуется:

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

Эталон ответов:

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

Тема 5.Псориаз.

1. При обычном псориазе излюбленной и наиболее частой локализацией высыпаний является все перечисленное, кроме:

1. волосистой части головы

2. разгибательных поверхностей конечностей
3. сгибательных поверхностей конечностей
4. локтей и колен
5. области крестца

2. Для поражения ногтей при псориазе характерно все перечисленное, кроме:

1. наперстковидного вдавления
2. онихолизиса
3. подногтевых геморрагий
4. симптома масляного пятна
5. платонихии, койлонихии, онихошизиса

3. Пустулезный псориаз Барбера (верно все, кроме):

1. относится к осложненным формам
2. относится к неосложненным формам
3. отличается особенной торпидностью
4. характеризуется полиморфизмом высыпных элементов
5. не сопровождается системными симптомами

4. Склередеме Бушке предшествует:

1. лекарственная болезнь
2. лимфаденит лимфангоит
3. голодание и авитаминоз
4. стрептококковая инфекция верхних дыхательных путей, ангина, пневмония, скарлатина, рожа
5. ни одного из перечисленного

5. Какие побочные эффекты могут возникать при лечении больного псориазом циклоспорином А?

1. повышение артериального давления
2. гипертрихоз
3. увеличение креатинина в сыворотке крови, миалгии
4. нефротоксическое действие
5. выпадение волос

6. Пигментная ксеродерма развивается при наследовании патологического гена:

1. от отца
2. от матери
3. от одного из родителей любого пола
4. от обоих родителей, являющихся гетерозиготными носителями
5. не относится к менделирующим дерматозам

7. Причиной токсического действия лекарств является все перечисленное, кроме:

1. передозировки
2. замедления метаболизма у лиц с генетической недостаточностью ацетилтрансферазы
3. функциональной недостаточности печени
4. функциональной недостаточности почек
5. функциональной недостаточности щитовидной железы

8. Для стационарной стадии псориаза характерно все перечисленное, кроме:

1. элементы полностью покрыты серебристо-белыми чешуйками
2. вокруг элементов – «псевдоатрофический» ободок Воронова и ободок Пильнова
3. прекращения появления новых высыпаний
4. отсутствия периферического роста элементов
5. насыщенно красного цвета высыпных элементов

9. Красные угри характеризуются всем перечисленным, кроме:

1. эритемы
2. пустул
3. локализации в зоне бабочки на лице
4. телеангиэктазии
5. комедон, папулопустулезных элементов на шее

10. Для регрессивной стадии псориаза характерно все перечисленное, кроме:

1. изоморфной реакции и симптома Пильнова
2. развития вокруг элементов «псевдоатрофического» ободка Воронова
3. отсутствие периферического роста элемента

4. исчезновения высыпаний
5. побледнения окраски высыпных элементов

Эталоны ответов

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

Тема 6

1. Разновидностями истинной пузырчатки являются:

1. вегетирующая
2. буллезный пемфигоид
3. листовидная
4. себорейная

2. В группу акантолитической пузырчатки не входит:

1. вульгарная
2. себорейная
3. вегетирующая
4. семейная

3. Уровни залегания пузыря по отношению к эпидермису при пузырчатке:

1. внутриэпидермальное
2. субэпидермальное
3. внутридермальное
4. внутригиподермальное

4. Элементы свойственные вульгарной пузырчатке:

1. папулы
2. пузыри
3. эрозии
4. волдыри

5. Акантолиз с высоким расположением эпидермальных пузырей в зернистом слое в биоптате кожи обнаруживается:

1. при герпесе беременных
2. при листовидной пузырчатке
3. при приобретенном буллезном эпидермолизе
4. при претибиальном буллезном эпидермолизе
5. при буллезном пемфигоиде Левера

6. Исходом поражения мышц при дерматомиозите может быть все перечисленное, кроме:

1. мышечной атрофии
2. фиброзного миозита
3. фиброзных контрактур
4. кальциноза
5. амилоидоза

7. При каком пузырьном дерматозе вследствие длительного течения патогномичным является наличие фолликулярного гиперкератоза в области лица, спины?

1. листовидной пузырчатке
2. буллезном пемфигоиде
3. дерматозе Дюринга

8. Симптом «сползания» эпидермиса относится к основному признаку:

1. вульгарной пузырчатки
2. пемфигоида
3. герпетического дерматоза Дюринга
4. синдрома Лайелла
5. синдрома Стивенса-Джонсона

9. Для диагностики каких заболеваний показан метод прямой иммунофлюоресценции:

1. буллезного пемфигоида
2. васкулита

3. герпеса беременных
4. герпетического дерматоза Дюринга
5. все верно

10. Пузыри при вульгарной пузырчатке имеют склонность к быстрой эпителизации:

1. Да.
2. Нет.

Эталон ответов:

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

Тема 7. Гнойничковые заболевания кожи

1. Инфильтрат при шанкриформной пиодермии:

- 1) мягкий
- 2) плотный
- 3) не выступает за границы язвы
- 4) выступает за границы язвы
- 5) правильно 2) и 4)

2. Шанкриформная пиодермия начинается:

- 1) с пятна
- 2) с пузырька
- 3) с пустулы
- 4) с эрозии
- 5) с узелка

3. Язва при шанкриформной пиодермии характеризуется:

- 1) узким воспалительным венчиком розово-красного цвета вокруг язвы
- 2) воспалительным ободком синюшно-багрового цвета
- 3) краями ровными, покатыми и возвышенными
- 4) плотными, вывороченными краями
- 5) правильно 1) и 3)

4. Язва при шанкриформной пиодермии:

- 1) правильных округлых или овальных очертаний
- 2) неправильных очертаний с неровным, бугристым дном
- 3) дно гладкое
- 4) правильно 1) и 3)
- 5) возможно все перечисленное

5. Рожа:

- 1) стрептококковая инфекция кожи и подкожной клетчатки
- 2) часто локализуется на лице
- 3) редко повторяется
- 4) пораженная поверхность может быть покрыта пузырями
- 5) правильно все перечисленное, кроме 3)

6. Для стафилококкового импетиго характерно:

- 1) появление на коже мелких пустул, пронизанных в центре волосом
- 2) наличие воспалительного венчика по периферии пустул
- 3) и то, и другое
- 4) ни то, ни другое

7. Какая цель неспецифических методов терапии чесотки?

- 1) лечение осложнений, сопутствующих чесотке;
- 2) снижение интенсивности кожного зуда;
- 3) уничтожение возбудителя на всех стадиях его развития;
- 4) устранение клинических проявлений заболевания.

8. Какие гистологические изменения при неосложненной чесотке?

- 1) в дерме под чесоточным ходом имеется хронический воспалительный лимфоцитарный инфильтрат;
- 2) внутри рогового слоя иногда можно увидеть розовые «косички» - остатки яичной скорлупы;

3) чесоточный ход локализуется в подкожно-жировой клетчатке;

4) чесоточный ход располагается в основном в роговом слое.

9. *Какие клинические проявления норвежской чесотки?*

1) массивные корковые наслоения на различных участках кожного покрова;

2) множественные чесоточные ходы;

3) полиморфные высыпания: папулы, везикулы, пустулы, корочки и чешуйки;

4) поражаются внутренние органы.

10. *Какие препараты применяют для лечения чесотки?*

1) перметрин;

2) противовирусные мази;

3) серная мазь;

4) эмульсия и мазь бензилбензоата.

Эталон ответов:

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

Тема 8. Микозы.

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

1) амбулаторно

2) в стационаре

3) по желанию родителей

4) по усмотрению врача

5) возможны все перечисленные варианты

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

1) одного отрицательного анализа

2) второго отрицательного анализа

3) третьего отрицательного контрольного анализа

4) шестого отрицательного контрольного анализа

5) сразу после окончания лечения

3. Различают следующие формы споротрихоза:

1) поверхностная

2) локализованная подкожная

3) диссеминированная кожная

4) висцеральная

5) все перечисленные

4. Подмышечный трихомикоз вызывается:

1) стрептококками

2) грибами

3) стафилококками

4) коринебактериями

5) вирусами

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

1) мазей нистатиновой, амфотерициновой, декаминовой 0.5-1%

2) 0.25% спиртового или водного раствора анилиновых красителей

3) левориновой взвеси (2 г леворина, 20 мл 95% этилового спирта, 1000 мл дистиллированной воды)

4) бонафтоновой, оксолиновой или теброфеновой мазей

5) клотримазола

6. Хронический кандидоз слизистых связан с:

1) гипотиреозом

2) гипопаратиреозом

3) гипокортицизмом

4) понижением секреторной функции половых желез

5) со всем перечисленным

7. К побочным действиям нистатина относятся все перечисленные, кроме:

1) тошноты

- 2) рвоты
 - 3) жидкого стула
 - 4) повышения температуры
 - 5) дерматитов
- 8. Развитию кандидоза способствует все перечисленное, кроме:**
- 1) сахарного диабета
 - 2) длительного лечения антибиотиками
 - 3) потливости, мацерации кожи
 - 4) иммунодефицита
 - 5) гипертонической болезни
- 9. Плесневые грибы поражают все перечисленное, кроме:**
- 1) кожи
 - 2) слизистых
 - 3) ногтей
 - 4) внутренних органов
 - 5) волос
- 10. Онихолизис может возникнуть на фоне:**
- 1) кожных болезней
 - 2) травматизации
 - 3) эндокринных нарушений
 - 4) бактериальных и грибковых инфекций
 - 5) всего перечисленного

Эталон ответов:

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

Тема 9. Вирусные дерматозы.

- 1. Поливалентная герпетическая вакцина назначается больным:**
- 1) простым герпесом в остром периоде
 - 2) простым герпесом в период обратного развития высыпаний
 - 3) рецидивирующим герпесом в период полной ремиссии
 - 4) рецидивирующим герпесом в период неполной ремиссии
 - 5) во всех перечисленных случаях
- 2. К разновидностям простого пузырькового лишая в зависимости от локализации относится:**
- 1) герпес лица (губ, носа и т.д.)
 - 2) герпес гениталий
 - 3) герпетический кератит и гингивостоматит
 - 4) герпетический менингоэнцефалит
 - 5) все перечисленное
- 3. Целью симптоматической терапии при герпетической инфекции является:**
- 1) ограничить распространение очагов инфекции и предупредить их нагноение
 - 2) противорецидивное действие
 - 3) санировать очаг вирусной инфекции
 - 4) достичь иммунотерапевтического эффекта
 - 5) все перечисленное
- 4. Ограниченное использование противовирусных антибиотиков при лечении герпетической инфекции связано:**
- 1) с сильным токсическим действием на клетки организма больного и низкими противовирусными свойствами
 - 2) с отсутствием противовирусных антибиотиков
 - 3) с плохим проникновением препаратов в кожу
 - 4) с плохим проникновением препаратов в нервные ганглии
 - 5) правильного ответа нет
- 5. Использование в лечении герпетической инфекции интерферона и индукторов интерферона:**
- 1) защищает неинфицированные вирусом клетки (ткани)

- 2) подавляет репродукцию вируса
- 3) стимулирует специфический иммунитет
- 4) стимулирует неспецифический иммунитет
- 5) предупреждает пиогенизацию очагов

6. К противовирусным препаратам, применяемым при простом и опоясывающем лишае, относится:

- 1) интерферон
- 2) бонафтон и метисазон
- 3) герпетическая вакцина
- 4) дезоксирибонуклеаза
- 5) все перечисленное

7. В комплексное лечение опоясывающего лишая включается:

- 1) противовирусные антибиотики
- 2) γ-глобулин
- 3) интерферон
- 4) витамины группы В
- 5) все перечисленное

8. К противовирусным препаратам относятся все перечисленные, кроме:

- 1) триоксазина
- 2) метисазона
- 3) оксолина
- 4) госсипола
- 5) бонафтона

9. Специфическая иммунотерапия больных рецидивирующим герпесом проводится:

- 1) интерфероном
- 2) поливалентной герпетической вакциной
- 3) пирогеналом
- 4) иммуноглобулином
- 5) левамизолом

10. Больным рецидивирующим герпесом в фазу обострения назначается все перечисленное, кроме:

- 1) поливалентной герпетической вакцины и пирогенала
- 2) интерферона
- 3) противовирусных антибиотиков
- 4) левамизола
- 5) иммуноглобулина

Эталон ответов:

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

Тема 10. Сифилис. Гонорея.

1. При исследовании бледной трепонемы методом электронной микроскопии выявляются все образования, кроме:

- 1) чехла
- 2) жгутиков
- 3) фибрилл
- 4) цитоплазматической мембраны

2. В реализации иммунного ответа при сифилисе участвуют следующие образования, кроме:

- 1) эритроцитов
- 2) макрофагов
- 3) Т-лимфоцитов
- 4) В-лимфоцитов

3. При сифилитическом регионарном склеродените в патологический процесс вовлекается:

- 1) капсула лимфатического узла
- 2) ткань лимфатического узла
- 3) окружающая клетчатка

- 4) прилежащая к узлу кожа
- 4. Шанкр-амигдалит представляет из себя:**
- 1) эрозию миндалина
 - 2) язву миндалина
 - 3) увеличенную в размерах гиперемизированную миндалину
 - 4) увеличенную в размерах обычной окраски миндалину
- 5. Высыпания при вторичном свежем сифилисе обычно:**
- 1) необильные
 - 2) обильные
 - 3) несимметричные
 - 4) неяркой окраски
 - 5) сгруппированные
- 6. Разновидностями сифилитической плешивости являются все формы, кроме:**
- 1) мелкоочаговой
 - 2) крупноочаговой
 - 3) диффузной
 - 4) смешанной
 - 5) тотальной
- 7. Бугорковый сифилис следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:**
- 1) туберкулеза кожи
 - 2) лейшманиоза
 - 3) лепры
 - 4) глубоких микозов
 - 5) экземы
- 8. Основными препаратами для лечения больных сифилисом являются:**
- 1) препараты пенициллина
 - 2) препараты тетрациклина
 - 3) препараты эритромицина
 - 4) макролиды
- 9. Свежий острый передний уретрит гонорейной этиологии характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:**
- 1) обильных гнойных выделений
 - 2) болезненности при мочеиспускании
 - 3) гиперемии губок наружного отверстия уретры
 - 4) наличия гнойных нитей в 1-й и 2-й порциях мочи
 - 5) наличия гнойных нитей в 1-й порции мочи
- 10. У женщин, больных гонореей, наиболее часто наблюдается следующая клиническая форма:**
- 1) свежая острая
 - 2) свежая подострая
 - 3) свежая торпидная
 - 4) латентная
 - 5) хроническая
- Эталон ответов:**

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

Тема 11. Дерматологические аспекты СПИДа

1. Инфекции ВИЧ не передаются:

- 1) трансфузионным путем
- 2) трансмиссивным путем
- 3) от заболевшей матери к плоду
- 4) инъекционным путем
- 5) половым путем

2. СПИДу могут сопутствовать:

- 1) оппортунистические инфекции внутренних органов
- 2) поражения нервной системы
- 3) эпидемическая саркома Капоши

4) волосатая лейкоплакия языка

5) все перечисленное

3. Для стрептококкового импетиго характерно все перечисленное, кроме:

1) появления на коже фликтен

2) желтых корок

3) быстрого распространения

4) воспалительных узлов

5) воспалительного ободка вокруг фликтен

4. При стрептококковом импетиго назначается все перечисленное, кроме:

1) растворов анилиновых красок

2) мазей со стероидными гормонами

3) вскрытия фликтен

4) паст с антибиотиками

5) мазей с антибиотиками

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

1) эритемы

2) отека

3) группы пузырьков

4) пузырей

5) эрозий

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

1) пятен и волдырей

2) пузырьков

3) наличия венчика гиперемии вокруг очага

4) группировки высыпаний на ограниченном участке кожи

5) склонности к рецидивам

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

1) оксолиновой мази

2) линимента госсипола

3) ихтиоловой мази

4) теброфеновой мази

5) мази заверакс

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

1) симптоматического местного лечения

2) симптоматического общего лечения

3) противовирусной антибиотикотерапии

4) специфической иммунотерапии

5) неспецифической иммунотерапии

9. Для опоясывающего лишая характерны:

1) эритема

2) отек

3) язвы

4) некроз

5) все перечисленное

10. Физioterпевтическое лечение опоясывающего лишая целесообразно назначать:

1) в начале заболевания

2) в острой фазе

3) в неполной ремиссии

4) при неврологических осложнениях

5) правильно 3) и 4)

Эталонные ответы

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

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

Тема 1.

1.Порядок и регламент проведения обследования пациента в дерматологической клинике с целью установления диагноза. Осмотр под лампой- лупой.

Осмотр с помощью дерматоскопа. Осмотр с помощью лампы Вуда.

2.Деонтологические принципы при сборе анамнеза у больных в дерматологической клинике.

3.Особенности проведение полного физикального обследования пациента в дерматологической клинике (диаскопия, пальпация, поскабливание элементов сыпи).

Тема 2

1.Современные лабораторные исследования в дерматологической клинике (проведение иммунофлюоресценции, иммунофенотипирования, использование специальных методов окраски, ПЦР, определение чесоточного клеща, клеща *Demodex folliculorum* при микроскопировании)бактериологическое исследование, определение чувствительности к антибиотикам.

2. Методы, показания, техника, интерпретация результата (граттаж, исследование пуговчатым зондом. соскоб кожи, исследование мазка- отпечатка, биопсия кожи, диаскопия,).

Воспроизведение :-псориатических феноменов-симптомов зонда А.И.Поспелова.

3. Исследование тактильной, болевой, тепловой и холодовой чувствительности.

Тема 3

1.Хейлиты. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

2.Предраковые заболевания губ и слизистой оболочки полости рта

Тема 4.

1. Кожный зуд. Этиология , патогенез, клиника, лечение.

2. Связь экземы с патологией внутренних органов.

3. Клинические формы экземы. Классификация экземы по стадиям, по клиническому течению.

4. Основные клинические признаки хронической экземы

Тема 5.

1.Псориаз. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

2.Современные взгляды на этиологию и патогенез псориаза.

3. Течение псориаза (распространенность, сезонность, рецидивы).

Тема 6.

1.Пузырные дерматозы. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

2. Современные взгляды на этиологию и патогенез вульгарной пузырчатки

3.Клинические формы пузырчатки, особенности течения каждой из форм

Тема 7

1.Пиодермии. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

2.Предрасполагающие экзо- и эндогенные факторы, играющие роль в патогенезе пиодермий. Различие патогенеза острых и хронических пиодермий

3. Особенности общей терапии в зависимости от глубины поражения, распространенности процесса, длительности заболевания.

4..Принципы диагностики чесотки, основные методы лечения.

Тема 8.

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

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

3. Принципы лечения эпидермофитии в зависимости от клинической формы.

Тема 9.

1.Контагиозный моллюск. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

2.Вирусные дерматозы. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

3.Клиника простого пузырькового лишая и его клинические разновидности

Тема 10.

1.Основные этапы развития венерологии.

2.Сифилис. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

3.Атипичные формы шанкра(панариций, амигдалит, индуративный отек).

4. Базисные препараты пенициллина: дюрантные, средней дюрантности, комбинированные, водорастворимый пенициллин, применяемые при лечении сифилиса.

5.Виды лечений: специфическое, превентивное, профилактическое, пробное, Эпидемиологическое

.бБактериальный вагиноз. Генитальный герпес.

7.Профилактика ЗППП.

Тема 11.

- 1.Дерматологические аспекты СПИДа
2. Особенность проявлений простого и опоясывающего герпеса у больных СПИДом.
3. Вирусные заболевания кожи у больных СПИДом.
- 4.Особенности течения микотических заболеваний при Вич-инфекции

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

2.3 Решение ситуационных задач

Тема 1

Задача.1

Вы врач дерматолог призывной комиссии в военкомате. Опишите алгоритм осмотра призывников и необходимые условия для этого.

Эталон ответа

Диагностический осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек.

Осмотр кожных покровов и видимых слизистых лучше проводить при рассеянном дневном либо достаточно ярком электрическом свете. Температура в комнате должна быть 22-23С. Уделяют внимание окраске кожи: может быть бледной, розовой, смуглой. Во время осмотра кожи определяют имеющиеся в ней морфологические элементы – первичные (пятна, папулы, бугорки, узлы, пузырьки, пузыри, пустулы) и вторичные (пигментация, чешуйки, корки, эрозии, язвы, трещины, лихенификация, рубцы).

При осмотре определяют монорморфизм (псориаз, красный плоский лишай, пузырьковый лишай, вульгарная пузырчатка, крапивница) или полиморфизм (экзема, герпетический дерматоз Дюринга) сыпи. Обращают внимание на расположение сыпи, так как в ряде случаев тому или иному дерматозу свойственна излюбленная локализация (красной волчанке - лицо, псориазу – задние поверхности локтевых и передние - коленных суставов, волосистая часть головы и т.д.), а также на особенности ее расположения: фокусное (элементы не сливаются, их окружает нормальная кожа), диффузное (слияние элементов в крупные очаги); распространенность ее: ограниченная (очаговый нейродермит, очаговая склеродермия, невус, простой герпес и др.), распространенная (розовый лишай, псориаз), тотальная (эритродермия); симметричность и асимметричность высыпаний. Осматривают волосы, ногти, наружные половые органы, заднепроходную область. При осмотре красной каймы губ обращают внимание на ее окраску, сухость, наличие чешуек, трещин, эрозий, корок. Подлежит осмотру и слизистая оболочка полости рта, на которой можно обнаружить высыпания (при кандидозе, красном плоском лишае, пузырчатке).

Описание очага поражения. Распространенность сыпи по всему кожному покрову, на отдельном участке. Расположение очаговое (очаг состоит из одного или нескольких элементов), беспорядочное, сгруппированное (бессистемное, системное). Характеристика сыпи (монорморфная, полиморфная, с указанием истинного или ложного полиморфизма). Характеристика первичных элементов: величина (в мм или см), цвет (красный, бурый, синюшный, опаловый и др.), очертания (правильные, округлые, овальные, полигональные и др.), границы (четкие, не четкие), форма (характеризует папулы, бугорки, узлы, пузырьки, пустулы)- плоская, коническая, полушаровидная, западающая в центре, чечевицепоподобная, характер поверхности (гладкая, эрозированная, язвенная, бородавчатая), периферический рост (отсутствует, имеется), динамика развития (исчезает бесследно, оставляет рубцы, рубцовую атрофию), окружающая кожа (не изменена, гиперемирована и др.).

Характеристика вторичных морфологических элементов (корки- серозные, гнойные, геморрагические; рубцы — втянутые, плоские, гипертрофические и др.; чешуйки — отрубевидные, пластинчатые (мелко- и крупнопластинчатые); вторичные пятна — пигментированные и депигментированные; лихенификация, вегетация).

Описание поражений кожи у больных сифилисом. При первичном сифилисе описывается локализация, количество первичных сифилидов (эрозивных, язвенных), их размер, цвет, границы, очертания, форма, поверхность, края, дно, уплотнение в основании, отделяемое, наличие лимфангоита и регионарного склераденита, состояние других периферических лимфатических узлов. Описывая больных вторичным сифилисом, следует отметить вид морфологических элементов (розеола, папула, пустула и т. п.), их размер, цвет, очертания, форму, поверхность,

локализацию, распространенность, наличие группировки. Указать особенности сыпи на различных участках кожного покрова: на туловище, конечностях, ладонях, подошвах. Описать изменение пигментации (лейкодерма), волос (алопеция), высыпания на слизистых оболочках. Состояние лимфатических периферических узлов, наличие остатков твердого шанкра или сопутствующего бубона.

При третичном сифилисе, описывая те или иные активные проявления болезни (бугорки, гуммы), следует отметить наличие и особенности рубцов после разрешившихся высыпаний, их локализацию, размер, форму и т. п.

Описание пораженной кожи у больных ИППП. Данные осмотра наружных половых органов. Состояние наружного отверстия и губок уретры у мужчин; наличие выделений, их цвет, вид, количество выделений из уретры. Осмотр двух порций утренней мочи (двухстаканная проба).

Состояние ануса. Данные пальпации уретры, яичек, их придатков, куперовых и предстательной (только при хронических ИППП) желез, семенных пузырьков.

У женщин описывается характер выделений из уретры, полученных при массаже последней.

Состояние парауретральные (скеневых) ходов, барголиновых желез, шейки матки, вид выделений из влагалища и шейки матки. Результаты бимануального исследования матки и ее придатков, данные осмотра ануса.

Осмотр больного в лучах лампы Вуда, оценка результат свечения.

Цель. Диагностика различных дерматозов

Методика. Осмотр лампой Вуда производится в темном помещении.

Люминесцентная диагностика микроспории

Микроспорию волосистой части головы от трихофитии отличают как по клинической картине (высоко обломанные волосы, крупные очаги поражения, обильное асбестовидное шелушение), так и по способности волос, пораженных микроспорумами, при облучении в темном помещении короткими ультрафиолетовыми лучами, пропущенными через стекло, импрегнированное солями никеля (лампа Вуда), испускать зеленовато-желтое (изумрудное) свечение.

Люминесцентная диагностика отрубевидного лишая.

Метод применяется для обнаружения очагов поражения на волосистой части головы. В темной комнате освещают лампой Вуда волосистую часть головы. Очаги поражения имеют золотисто-желтое, желто-коричневое или буроватое свечение. Выявление участков поражения на волосистой части головы имеет важное значение для лечения отрубевидного лишая, так как практические врачи часто забывают об этой локализации, что приводит в дальнейшем к рецидивам заболевания.

Люминесцентная диагностика эритразмы.

Метод применяется для отличия эритразмы от паховой эпидермофитии, рубромикоза. Очаги поражения исследуют в лучах лампы Вуда. При эритразме (очаги поражения предварительно не должны подвергаться местной терапии) наблюдается характерное кораллово-красное свечение, которое более выражено в периферической зоне.

Люминесцентная диагностика красной волчанки красной каймы губ.

При освещении лампой Вуда контуры пораженных очагов видны четко, размеры их больше, чем при обычном освещении. Зоны гиперкератоза светятся снежно-белым цветом, участки атрофии — белесоватым. В очагах поражения на губах отмечается белое свечение с голубоватым оттенком, при остром процессе и отсутствии атрофии — свечение голубоватого цвета. При актиническом хейлите и лейкоплакии, которые могут немного напоминать красную волчанку, свечение отсутствует.

Задача № 2.

На приеме у дерматолога больная 42 лет с жалобами на появление после нервного потрясения обильной сыпи, сопровождающейся зудом. Больна 10 дней. При осмотре: на туловище, передней поверхности голеней имеются многочисленные плоские папулезные высыпания полигональной формы, синюшно – красного цвета, с гладкой блестящей поверхностью, с пупковидным вдавлением в центре. Выставлен диагноз: красный плоский лишай.

Вопросы:

1. Дайте определение описанному элементу сыпи.
2. Какой основной гистопатологический процесс характерен для папул при этом заболевании?

Эталон ответа

1. Папула является первичным морфологическим элементом сыпи, представляет собой ограниченное возвышающееся уплотнение кожи, не имеющее полости.
2. Основной гистопатологический процесс, наблюдающийся в папулах красного плоского лишая – неравномерный гипергранулез.

Тема 2

Задача № 3.

По поводу ангины больному был назначен тетрациклин, который он неоднократно принимал ранее. На второй день после начала приема антибиотика на коже появилась пятнистые высыпания, сопровождающиеся зудом.

Вопросы:

1. Дайте определение описанному морфологический элемент сыпи.
2. На основании каких данных устанавливается диагноз кожного заболевания?

Эталон ответа

1. Пятно представляет собой изменение окраски кожи на ограниченном участке.
2. Диагноз кожного заболевания устанавливается на основании анамнестических данных, жалоб больного, осмотра кожи, обследования общего состояния больного.

Задача №4

На прием к дерматологу обратилась пациентка с жалобами на имеющуюся в течение 3 лет сыпь в левой подчелюстной области. Болезнь обостряется в весенний период. При осмотре: бугорки размером 1-8 мм, имеющие желтую, коричневую окраску, тестоподобную консистенцию, ровную блестящую поверхность, с незначительным шелушением. Бугорки безболезненны, отдельные элементы сливаются в бляшки. Высыпания разрешаются с образованием рубцовой атрофии, на рубцах отмечается появление новых высыпаний.

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Какими инструментальными методами обследования можно подтвердить диагноз?

Эталон ответа

1. Диагноз : туберкулез кожи – туберкулезная волчанка

Физикальное обследование. С его помощью устанавливается распространенность бугорков, их цвет, консистенция. В результате гибели эластиновых волокон при прощупывании бляшки пуговчатым зондом он без сопротивления погружается внутрь неё (симптом Пospelова). Если же на люпому надавливают предметным стеклом методом диаскопии, кожа обескровливается, а сами бугорки приобретают вид желто-коричневых пятен (признак Гентчинсона или феномен яблочного желе).

При биопсии: люпомы располагаются в толще собственно кожи и состоят из четко ограниченных бугорков, образованных эпителиоидными и гигантскими клетками. Бугорки окаймлены зоной лимфоцитов, среди которых встречаются плазматические клетки. Творожистое перерождение наблюдается редко (из-за обилия кровеносных сосудов). Коллагеновые и эластические волокна в очагах инфильтрации отсутствуют. Микобактерии туберкулеза обнаруживают с трудом и в небольшом количестве.

Иногда наблюдается разной степени папилломатоз. В эпидермисе развивается атрофия, паракератоз, а по периферии люпомы – акантоз.

Тема 3

Задача №5

Пациентка 65 лет предъявляет жалобы на периодическое появление корочек в углах рта в течение 6 мес. В анамнезе гипертоническая болезнь, носит съемные пластиночные протезы на верхней и нижней челюстях в течение 2 лет.

Высота нижней трети лица занижена. Красная кайма губ сухая. В углах рта определяются слабо мокнущие эрозии, окруженные тонкими серыми чешуйками.

Слизистая оболочка протезного ложа на верхней челюсти гиперемирована, сухая, слабо болезненная при пальпации. Налет отсутствует. Гигиеническое состояние съемных протезов неудовлетворительное. Лечение не проводилось.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Наметьте план обследования и лечения.

Эталон ответов к задаче:

1. Диагноз «Хронический атрофический кандидоз. Микотическая заеда»

2. План обследования и лечения:

Анализ крови общий, на сахар, на ВИЧ, на RW;

Бактериологическое исследование;

Консультация гастроэнтеролога, кардиолога, лечение фоновой патологии;

Санация полости рта, замена протеза;

Повышение иммунитета, витаминотерапия;

Диета богатая белками, снизить количество углеводов;

Антимикотические препараты.

Задача № 6

Пациент 38 лет обратился к стоматологу с жалобами на сухость во рту, нарушение вкусовых ощущений, жжение, не исчезающее во время приема пищи. Болен в течение нескольких недель. В анамнезе – затяжная пневмония с длительной терапией антибиотиками.

При *осмотре полости рта*: четко очерченные точечные налеты серо-белого цвета на фоне воспаленной, ярко-красного цвета, слизистой оболочки. Налеты сливаются, поражая спинку языка, десну и мягкое небо.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз

2. Наметьте план обследования и лечения.

Эталон ответов к задаче

1. Диагноз «Острый псевдомембранозный кандидоз»

2. План обследования и лечения:

Анализ крови общий, на сахар, на ВИЧ, на RW;

Бактериологическое исследование;

Консультация гастроэнтеролога, лечение фоновой патологии;

Повышение иммунитета, витаминотерапия;

Диета богатая белками, снизить количество углеводов;

Антимикотические препараты.

Тема 4

Задача № 7.

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 остеофолликулиты и единичные фликтены. На туловище разбросаны множественные монетовидные очаги овальной формы, с четкими границами, кожа в них гиперемирована, покрыта серозно-гнойными влажными корками.

Вопросы:

1. Причина заболевания.

2. Ваш диагноз

3. Необходимое общее лечение.

4. Местное лечение, показанное при поступлении. Дальнейшее поэтапное лечение.

Эталон ответа.

1. Сенсибилизация к пиококкам и их токсинам.

2. Острая микробная экзема.

3. Препараты кальция, гипосульфит натрия. Антигистаминные, антибиотики.

4. Примочки, водные р-ры красок. Противовоспалительные пасты с АСД, ихтиолом, нафталаном, кортикостероидные мази с антибиотиками.

Задача № 8

На прием к врачу обратилась больная 35-и лет с жалобами на высыпания и зуд кожи кистей. Из анамнеза: высыпания на кистях появлялись неоднократно в течение года после стирки порошком «Лотос». При осмотре: на коже кистей имеется эритема, отечность, множество узелков и пузырьков, эрозии, мокнутие.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Профилактика?

Эталон ответа

1. Контактная экзема.
2. Десенсибилизирующие, антигистаминные. Местно: примочки с водными растворами борной кислоты (1%), танина (1%).
3. Исключить контакт со стиральным порошком

Тема 5

Задача №9.

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.

Вопросы:

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

Эталон ответа

1. Псориаз. Псориатическая триада (феномены стеаринового пятна, терминальной пленки, точечного кровотечения).
2. Прогрессивная стадия.
3. Десенсибилизирующие препараты, седативные. Витамины (А, С, комплекса В, никотиновая кислота). Наружно: 2%-ная салициловая мазь или кортикостероидные мази, затем рассасывающие средства.

Задача №10.

Больной В., 36 лет, поступил с жалобами на наличие высыпаний на волосистой части головы, туловище, конечностях, которые появились 10 ноября после переохлаждения. Болен 5 лет, но такие высыпания появились впервые. Аналогичным заболеванием страдает дядя.

Поражение носит распространенный характер. На волосистой части головы, груди, спине, ягодицах, разгибательных поверхностях конечностей имеются папулы ярко-красного цвета, размерами 0,2 x 0,2 до 0,7 x 0,7 см, местами сливающиеся в бляшки 2x3 и 3x4 см, по периферии элементов выражен венчик роста. На поверхности папул и бляшек – массивные чешуе-корки. Псориатическая триада вызывается. Феномен Кебнера положителен. Ногти кистей и стоп с наперстковидной истыканностью, грязно-серого цвета с подногтевым гиперкератозом.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Профилактика?

Эталон ответа

1. У больного диссеминированный экссудативный псориаз, прогрессирующая стадия, осенне-зимняя форма.
2. Лечение: десенсибилизирующие, антигистаминные, мочегонные, препараты калия, гемодез 400,0 внутривенно 2 раза в неделю, затем присоединение иммуностимулирующих средств – пирогенал, аутогемотерапия, витаминотерапия. Наружно- 3% серная мазь. Физиолечение: элекросон в прогрессирующей стадии. Общее УФО в регрессивной стадии.
3. Диспансерное наблюдение у дерматолога, избегать переохлаждения и стрессов, противорецидивное лечение осенью (витаминотерапия, иммуностимуляторы, общее УФО).

Задача № 11.

Больной В., 36 лет, поступил с жалобами на наличие высыпаний на волосистой части головы, туловище, конечностях, которые появились 10 ноября после переохлаждения. Болен 5 лет, но такие высыпания появились впервые. Аналогичным заболеванием страдает дядя.

Поражение носит распространенный характер. На волосистой части головы, груди, спине, ягодицах, разгибательных поверхностях конечностей имеются папулы ярко-красного цвета, размерами 0,2 x 0,2 до 0,7 x 0,7 см, местами сливающиеся в бляшки 2x3 и 3x4 см, по периферии элементов выражен венчик роста. На поверхности папул и бляшек – массивные чешуе-корки. Псориатическая триада вызывается. Феномен Кебнера положителен. Ногти кистей и стоп с наперстковидной истыканностью, грязно-серого цвета с подногтевым гиперкератозом.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Лечение?
3. Профилактика?

Эталон ответа

1. У больного диссеминированный экссудативный псориаз, прогрессирующая стадия, осенне-зимняя форма.
2. Лечение: десенсибилизирующие, антигистаминные, мочегонные, препараты калия, гемодез 400,0 внутривенно 2 раза в неделю, затем присоединение иммуностимулирующих средств – пирогенал, аутогемотерапия, витаминотерапия. Наружно- 3% серная мазь. Физиолечение: элекросон в прогрессирующей стадии. Общее УФО в регрессивной стадии.
3. Диспансерное наблюдение у дерматолога, избегать переохлаждения и стрессов, противорецидивное лечение осенью (витаминотерапия, иммуностимуляторы, общее УФО).

Тема 6

Задача № 12.

Больная М., 32 лет, медицинская сестра, поступила в РКВД 4 октября. Месяц назад появились мокнущие эрозии за ушными раковинами, в подмышечных и паховых складках, на туловище. Акантолитические клетки в препаратах-отпечатках не обнаруживались. С предположительным диагнозом Синдром Лайелла лечилась в ЦРБ преднизолоном в суточной дозе 60 мг, что привело к клиническому выздоровлению, однако быстрое снижение дозы препарата вызвало рецидив болезни. Вновь стали появляться эрозии, которые покрывались слоистыми корками, была направлена в РКВД. При поступлении: процесс носит универсальный характер. На животе, груди эритематозная кожа покрыта наслаивающимися друг на друга корками. На ягодицах, бедрах, верхних конечностях - обширные эрозии с обрывками покрывок пузырей. На голених, стопах, предплечьях и кистях - множество пузырей размером от 1,5x1,5 до 5x6 см с дряблой покрывкой, серозным и серозно-гнойным содержимым. Вся кожа отечна. Симптом Никольского резко положителен. В мазках - отпечатках обнаружены РН-клетки. Слизистые оболочки не поражены. Общее состояние тяжелое. Температура тела 37,6-37,8 пульс 112-120 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Внутренние органы без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз больной.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Назначьте лечение больной.
4. Назовите возможные осложнения стероидной терапии.
5. Меры профилактики рецидивов заболевания?

Эталон ответа.

1. У больной листовидная пузырчатка (эрозии, покрытые слоистыми корками, РН-клетки обнаружены в мазках отпечатках, симптом Никольского положителен, тяжелое общее состояние больной).
2. Листовидную пузырчатку дифференцируют с эритродермиями различного происхождения (вторичные эритродермии, токсикодермии), с токсическим эпидермальным некролизом (синдром Лайелла), вульгарной пузырчаткой, герпетиформным дерматитом Дюринга (пузырной формой).
3. Начинают лечение с ударных доз кортикостероидных гормонов 100-180 мг преднизолона - комбинация парентерального и перорального пути введения препарата - до эпителизации эрозий с последующим снижением дозы препарата до поддерживающей каждые 5 -10 дней на 5-2,5 мг. Одновременно назначают препараты калия (аспаркам, панангин), антибиотики широкого спектра, затем – по чувствительности флоры к антибиотикам, витамины группы В, аскорбиновую кислоту, анаболические гормоны (ретаболил, нераболил), антикоагулянты, диуретики. Возможна комбинация кортикостероидов с цитостатиками, что позволяет снизить дозу стероидов. Наружно: аэрозоли, содержащие глюкокортикоиды и антибиотики, анилиновые красители.

4. Осложнениями стероидной терапии могут быть: пиодермия, кандидоз, остеопороз, стероидные язвы, стероидный сахарный диабет, гипертоническая болезнь, тромбозы, эмболии, развитие Кушингоида, гирсутизм, стероидные психозы.

5. Для профилактики рецидивов пузырчатки больным, находящимся под наблюдением, необходимо 1 раз в 2-3 недели контролировать уровень сахара в крови и моче, протромбин, АД, как правило больные находятся на инвалидности III группы. Больные, находящиеся на длительной поддерживающей гормональной терапии, нуждаются в санаторно-курортном лечении в санаториях нервно-сосудистого и желудочно-кишечного профиля

Задача № 13.

Больная Г., 23 лет, поступила в стационар КВД 3.03.07 с жалобами на наличие высыпаний на коже туловища и конечностей. Заболела в декабре 2006 года, через 2 месяца после рождения второго ребенка, когда на груди появились пузырьки. В дальнейшем высыпания распространились на туловище, верхние конечности, полость рта.

Родилась в срок, росла и развивалась нормально. В детстве перенесла корь, ветряную оспу и ангины. Замужем с 17 лет, имела 3 беременности, 2 из которых закончились нормальными родами, дети здоровы. Последняя беременность была прервана в июле 2007 года ввиду заболевания пузырчаткой. Наследственность неотягощена, родители, 2 брата и 2 сестры здоровы.

При поступлении в стационар кожное поражение носило распространенный характер. На коже груди, спины, живота и верхних конечностей имелись многочисленные пузыри с вялыми покрывками с серозным содержимым размером с горошину и больше, а также красного цвета различной величины эрозии, окаймленные обрывками эпидермиса, часть эрозий покрыта корками. На красной кайме губ и слизистой оболочке полости рта локализовались болезненные эрозии с обрывками эпителия. Симптом Никольского положительный. При цитологическом исследовании в мазках-отпечатках обнаружены акантолитические клетки Тцанка.

ОАКэр. $3,0 \times 10^{12}$ г/л, НВ 100 г/л, ц.п.0,98, л $4,2 \times 10^9$ /л, с.79%, лимф 20%, мон 1%.СОЭ 6 мм в час. Анализ мочи в норме. Серологические реакции на сифилис отрицательные. Внутренние органы без патологии.

Вопросы:

1. Обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Назначьте лечение больной.
4. Каков прогноз заболевания?

Эталон ответа

1. У больной вульгарная пузырчатка (наличие пузырей с вялой покрывкой, эрозий, корок, положительного симптома Никольского, акантолитических клеток в мазках-отпечатках).

2. Вульгарную пузырчатку следует отличать от буллезного пемфигоида, буллезной формы герпетиформного дерматоза Дюринга, буллезной разновидности многоформной эритемы, токсического эпидермального некролиза Лайелла.

3. Начинают лечение с ударных доз кортикостероидных гормонов 100-180 мг преднизолона - комбинация парентерального и перорального пути введения препарата - до эпителизации эрозий с последующим снижением дозы препарата до поддерживающей каждые 5-10 дней на 5-2,5 мг. Одновременно назначают препараты калия (аспаркам, панангин), антибиотики широкого спектра, затем - по чувствительности флоры в антибиотикам, витамины группы В, аскорбиновую кислоту, анаболические гормоны (ретаболил, нераболил), антикоагулянты, диуретики. Возможна комбинация кортикостероидов с цитостатиками, что позволяет снизить дозу стероидов. Наружно: аэрозоли, содержащие глюкокортикоиды и антибиотики, анилиновые красители.

4. Прогноз при пузырчатке неблагоприятный. Больные постоянно находятся на поддерживающей дозе кортикостероидов, чаще больные гибнут от осложнений, вызванных кортикостероидами и цитостатиками (при их применении). Состояние больного во многом определяется аккуратностью в выполнении врачебных назначений. Летальность при пузырчатке в первые 3 года от начала заболевания составляет 3-27%

Задача №14

Больная М., 32 лет, медицинская сестра, поступила в РКВД 4 октября. Месяц назад появились мокнущие эрозии за ушными раковинами, в подмышечных и паховых складках, на туловище. Акантолитические клетки в препаратах-отпечатках не обнаруживались. С предположительным диагнозом Синдром Лайелла лечилась в ЦРБ преднизолоном в суточной дозе 60 мг, что привело к

клиническому выздоровлению, однако быстрое снижение дозы препарата вызвало рецидив болезни. Вновь стали появляться эрозии, которые покрывались слоистыми корками, была направлена в РКВД. При поступлении: процесс носит универсальный характер. На животе, груди эритематозная кожа покрыта наслаивающимися друг на друга корками. На ягодицах, бедрах, верхних конечностях - обширные эрозии с обрывками покрывшейся пузырей. На голенях, стопах, предплечьях и кистях - множество пузырей размером от 1,5x1,5 до 5x6 см с дряблой покрывшейся, серозным и серозно-гнойным содержимым. Вся кожа отечна. Симптом Никольского резко положительный. В мазках - отпечатках обнаружены клетки Тцанка. Слизистые оболочки не поражены.

Общее состояние тяжелое. Температура тела 37,6-37,8 пульс 112-120 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Внутренние органы без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз больной.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Назначьте лечение больной.

Эталон ответа

1. Листовидная пузырчатка
2. Листовидную пузырчатку дифференцируют с эритродермиями различного происхождения (вторичные эритродермии, токсикодермии), с токсическим эпидермальным некролизом (синдром Лайелла), вульгарной пузырчаткой, герпетиформным дерматитом Дюринга (пузырной формой).
3. Начинают лечение с ударных доз кортикостероидных гормонов 100-180 мг преднизолона - комбинация парентерального и перорального пути введения препарата - до эпителизации эрозий с последующим снижением дозы препарата до поддерживающей каждые 5 -10 дней на 5-2,5 мг. Одновременно назначают препараты калия (аспаркам, панангин), антибиотики широкого спектра, затем - по чувствительности флоры к антибиотикам, витамины группы В, аскорбиновую кислоту, анаболические гормоны (ретаболил, нераболил), антикоагулянты, диуретики. Возможна комбинация кортикостероидов с цитостатиками, что позволяет снизить дозу стероидов. Наружно: аэрозоли, содержащие глюкокортикоиды и антибиотики, анилиновые красители.

Тема 7

Задача № 15.

Больной А., 15 лет обратился к дерматологу с жалобами на поражение кистей. Болен 10 дней. Не лечился. Мыл руки с мылом, считая, что таким образом сможет избавиться от болезни.

При осмотре: на коже кистей имеются дряблые пузыри с гнойным содержимым и венчиком гиперемии по периферии, гнойные корки соломенно-желтого цвета, эрозии с серозно-гнойным отделяемым, увеличены и болезненны подмышечные лимфоузлы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Как называется первичный элемент сыпи при данном заболевании?
3. Что способствовало дальнейшему распространению высыпаний?
4. Назначьте лечение больному.

Эталон ответа

1. У больного стрептококковое импетиго кистей, осложненное лимфаденитом.
2. Пустула при стрептококковом импетиго называется «фликтена».
3. Водные процедуры.
4. Исключить контакт с водой. Местно: анилиновые красители, пасты с добавлением антибактериальных мазей (фуцидин, банеоцин, гентамициновая и др.). Поскольку имеется лимфаденит, следует назначить антибиотик по результатам посева и определения чувствительности выделенной флоры к антибиотикам (макролиды, линкозамиды и т. д.).

Задача №16

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

занимают гнойно-некротические корки пронизанные волосами. На месте бывших высыпных элементов - пигментированные и депигментированные рубцы и рубчики.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Какие необходимо провести лабораторные исследования больному?

Эталон ответа

1. Фолликулит. Фурункулез

2. Санация очагов хронической инфекции (консультации стомаолога, гастроэнтеролога, лор-врача)

3. Обследования на глюкозу крови, консультация эндокринолога

Задача №17

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

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

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Каковы клинические особенности чесотки у детей?

3. Какая должна быть проведена эпид. работа в очаге?

4. Назначьте лечение.

Эталон ответа

1. У матери и ее сына - чесотка.

2. У детей клинические проявления чесотки напоминают крапивницу, экзему. Высыпания могут располагаться на лице, волосистой части головы, чесотка у детей часто осложняется пиодермией.

3. Необходимо обследовать бабушку и дядю, при выявлении чесотки - лечить одновременно всю семью, при отсутствии заболевания у других членов семьи – провести им профилактическое лечение. Провести дезинфекцию в очаге. Диспансерное наблюдение очага – 1,5 месяца.

4. Эмульсия бензил-бензоата 20% - взрослым, 10% - ребенку, 1 и 4 день лечения вечером после душа. На пустулы ребенку – 1% метиленовая синь.

Тема 8

Задача № 18.

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

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

При осмотре кожные покровы повышенной влажности. На коже шеи, груди, спины имеются мелкие 1х1 см пятна без воспалительных явлений с четкими границами, цвета кофе с молоком, с отрубевидным шелушением на поверхности. Местами имеются гипопигментированные пятна таких же размеров. Проба Бальцера положительная. При микроскопии обнаружены округлые споры в виде гроздьев винограда и короткие, слегка изогнутые нити мицелия.

Под люминесцентной лампой – бурое свечение пятен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Обоснование диагноза?

3. Дифференциальный диагноз?

4. Назначьте лечение больному.

5. Меры профилактики?

Эталон ответа

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

Задача №19

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

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

Вопросы:

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

Эталон ответа

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

Задача №20

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

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

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Лечебные мероприятия.

Эталон ответа

1. Микоз стоп .
2. Микроскопическое и культуральное исследования.
3. Низорал или ламизил. Внутрь. Наружно – удаление чешуек и роговых наслоений с помощью отслойки по Ариевичу или молочно-салициловым коллодием, затем крем «Низорал», «Ламизил», «Клотримазол». Дезинфекция обуви.

Тема 9

Задача № 21

На прием к врачу обратились родители с мальчиком 2,5 лет. Их беспокоило, что на коже туловища

ребенка появились узелки. Субъективных жалоб мальчик не предъявляет. Впервые эти узелки заметили две недели тому назад, их количество постоянно увеличивалось. Родители отметили, что подобные образования имеются на теле еще у трех детей, которые вместе с их ребенком посещают детское учреждение.

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

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Обоснование диагноза?

Эталон ответа

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

Задача № 22

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.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Назначьте лечение больной

Эталон ответа

1. Опоясывающий лишай.
2. Противовирусные препараты, анальгетики, витамин В₁. Наружно – анилиновые красители, противовирусные мази.

Задача № 23

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

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

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Назначьте лечение

Эталон ответа

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

Тема 10

Задача № 24

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

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

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

Серологические реакции положительные.
ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗ, ЭПИД. МЕРОПРИЯТИЯ.

Эталон ответа

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

Задача № 25

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

При осмотре обнаружен отёк крайней плоти, головка в препуциальный мешок не вставляется, мочеиспускание свободное. По венечной борозде слева располагается язва вытянутой формы 2 x 0,5 см, с плотным основанием, покрыта гнойным налётом, в левой паховой области определяется лимфаденит. Трепонема в отделяемом из язвы дважды не обнаружена, серологические реакции – отрицательные.

ТАКТИКА ОБЛЕДОВАНИЯ И ОБОСНОВАНИЯ ДИАГНОЗА.

Эталон ответа

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

Задача № 26

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

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

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

Серологические реакции – отрицательные.

ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗ. ЭПИД.МЕРОПРИЯТИЯ.

Эталон ответа

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

Задача № 27.

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: Нб 142 г/л, лейкоциты - $5,4 \times 10^9$ /л, СОЭ 6 мм в час. Комплекс серологических реакций на сифилис отрицателен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

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

Эталон ответа

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 № 28.

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?

Эталон ответа

1. У больного хронический тотальный уретрит и хронический катаральный простатит.
2. Для выяснений этиологии воспаления следует провести исследование на весь спектр возбудителей ЗППП. При исследовании соскоба из уретры: гонококки, трихомонады, уреоплазмы не найдены. Обнаружены методом ПИФ с моноклональными антителами хламидии.
3. Окончательный диагноз: Хронический хламидийный тотальный уретрит, хронический хламидийный катаральный простатит.
4. Лечение хронического хламидиоза: иммуномодулятор Миелопид в/м по 1 дозе 1 раз в день в течение 3-5 дней, затем Вильпрафен (Джозамицин) по 500 мг 2 раза в день - 15 дней. Параллельно назначают пероральные 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 № 29

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 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.

Вопросы:

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

Эталон ответа

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.

Тема 11

Задача № 30.

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

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

Эталон ответа

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

Задача № 31.

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

Вопросы:

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

Эталон ответа

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

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

3.1. Форма промежуточной аттестации – зачет

Вопросы к зачету

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

числе при локализации на губах и слизистой оболочке полости рта.

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

39. Простой пузырьковый лишай. Этиология, патогенез. Клинические формы, диагностика, лечение.
40. Опоясывающий лишай. Этиология, патогенез. Клинические формы, диагностика, лечение.
41. Заболевания, передаваемые половым путём. Основные этапы развития венерологии. Современная классификация заболеваний, передаваемых половым путём. Социальные аспекты венерических болезней. Вопросы деонтологии.
42. Сифилис. Бледная трепонема: её морфологические и биологические особенности. Условия и способы заражения. Иммунитет при сифилисе, реинфекция, суперинфекция. Общее течение сифилиса, периодизация сифилиса. Классификация сифилиса. Инкубационный период и причины, влияющие на его продолжительность.
43. Первичный период сифилиса. Атипичные твердые шанкры. Особенности клинической картины твердого шанкра в области губ, языка, дёсен, миндалин, переходных складок слизистой полости рта и их дифференциальная диагностика. Полиаденит. Осложнения первичной сифиломы. Первичный серонегативный и серопозитивный сифилис.
44. Вторичный период сифилиса: клиника, течение. Клинические особенности пятнистых, папулезных и пустулезных сифилидов. Поражения внутренних органов, нервной системы, опорно-двигательного аппарата. Дифференциальный диагноз.
45. Сифилитическая алопеция, лейкодерма. Клинические разновидности, диф. диагностика.
46. Врожденный сифилис. Определение. Пути передачи инфекции потомству. Социальное значение врожденного сифилиса. Влияние сифилиса на течение и исход беременности. Сифилис плаценты и плода.
47. Гонорея. Возбудитель: морфологические и биологические свойства, пути заражения. Инкубационный период гонореи. Классификация гонореи. Клиника острого и хронического гонорейного уретрита у мужчин, методы диагностики, лечение.
48. Негонококковые уретриты. Понятие об урогенитальном хламидиозе и трихомониозе. Принципы лечения.
49. Общественная и личная профилактики ИППП.
50. Дерматологические аспекты СПИДа.
- 3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине**
1. Анатомия кожи.
 2. Физиология и основные функции кожи
 3. Морфологические элементы сыпи первичные
 4. Морфологические элементы сыпи вторичные
 5. Дерматиты. Классификация. Простой контактный дерматит. Аллергические контактные дерматиты. Патогенез. Клинические проявления, диагностика, лечение и профилактика.
 6. Токсикодермии. Определение. Этиология, патогенез. Общая характеристика токсикодермий. Лечение и профилактика различных форм токсикодермий.
 7. Экзема. Определение. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
 8. Псориаз. Этиология, патогенез. Клинические формы и стадии развития заболевания. Принципы общей и местной терапии.
 9. Крапивница. Определение. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
 10. Эритематоз. Этиология, патогенез: роль аутоиммунных реакций в патогенезе красной волчанки, а также роль экзо- и эндогенных факторов, провоцирующих заболевание.
 11. Клиника хронической красной волчанки. Принципы лечения. Профилактика. Диспансеризация больных.
 12. Склеродермия. Клинические формы. Лечение, профилактика. Диспансерное наблюдение.
 13. Классификация пузырных дерматозов. Истинная пузырчатка. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы общей и местной терапии.
 14. Стафилококковые пиодермиты. Факторы риска. Классификация, клиника, принципы лечения.
 15. Стрептококковые пиодермиты. Факторы риска. Классификация, клиника, принципы лечения.
 16. Чесотка. Возбудитель. Условия заражения. Клиника, осложнения, методы лечения, профилактика.
 17. Трихофития инфильтративно-нагноительная. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика поражений, волосистой части головы, гладкой кожи и ногтей. Диагностика, лечение.
 18. Микроспория. Этиология, патогенез. Клиническая характеристика поражений волосистой части головы, гладкой кожи и ногтей. Диагностика, лечение.
 19. Простой пузырьковый лишай. Этиология, патогенез. Клинические формы, диагностика, лечение.
 20. Опоясывающий лишай. Этиология, патогенез. Клинические формы, диагностика, лечение.
 21. Сифилис. Бледная трепонема: её морфологические и биологические особенности. Условия и способы заражения.

22. Иммуитет при сифилисе, реинфекция, суперинфекция. Общее течение сифилиса, периодизация сифилиса.
23. Классификация сифилиса. Инкубационный период и причины, влияющие на его продолжительность.
24. Первичный период сифилиса. клиника, течение
25. Вторичный период сифилиса: клиника, течение.
26. Клинические особенности пятнистых, папулезных и пустулезных сифилидов. Сифилитическая алопеция, лейкодерма.
27. Третичный период сифилиса. Клиника, течение. Клинические особенности бугоркового и гуммозного сифилидов.
28. Врожденный сифилис. Определение. Пути передачи инфекции потомству. Клиника и течение раннего врожденного сифилиса.
29. Поздний врожденный сифилис. Достоверные признаки.
30. Гонорея. Возбудитель: морфологические и биологические свойства, пути заражения. Инкубационный период гонореи. Классификация гонореи. Клиника острого и хронического гонорейного уретрита у мужчин, методы диагностики, лечение.

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

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

4.1 Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

4.1. Перечень компетенций с указанием индикаторов, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция/ индикатор	Содержание компетенции/ индикатора	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Знать: Клиническую картину, методы диагностики заболеваний у взрослых и детей, Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Использовать данные обследования пациентов для установления диагноза пациента	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками диагностического поиска, проведения дифференциальной диагностики с целью установления диагноза пациента при решении профессиональных задач	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики	Знать: правила сбора жалоб, анамнеза, показания и противопоказания для проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных методов обследования	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Выявлять признаки заболеваний с помощью сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента, специальными и дополнительными методами исследования для диагностики и	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.

	заболеваний	дифференциальной диагностики заболеваний		
		Владеть: Навыками применения результатов обследования пациентов для для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Знать: принципы первичного и повторного осмотра, диагностические возможности различных методов обследования в стоматологии	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Интерпретировать результаты сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей), интерпретировать данные лабораторных и инструментальных исследований; интерпретировать данные дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях)	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками установления диагноза пациентам на основе интерпретации полученных в ходе обследования данных	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при	Знать: Существующие алгоритмы обследования пациентов с различной патологией; Этиологию, патогенез, диагностику часто встречающихся заболеваний	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл

	решении профессиональных задач		предложенные основные и дополнительные вопросы	предлагаемого вопроса
		Уметь: Обосновывать необходимость и объем основных и дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях)) для установления диагноза при решении профессиональных задач	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками разработки диагностического алгоритма на основе сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей) с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции/ индикатора	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-6	Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	Знать: Особенности фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов у пациентов различных групп	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствия большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Определять способы введения, режим и дозу лекарственных препаратов	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками лечения пациентов в амбулаторных и стационарных условиях с	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины

		использованием средств и методов, разрешенных в стоматологии		
иОПК-6.1.	Демонстрирует знания о лекарственных препаратах и видах немедикаментозного лечения	Знать: Особенности фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов у пациентов различных групп	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствия большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Определять способы введения, режим и дозу лекарственных препаратов	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками лечения пациентов в амбулаторных и стационарных условиях с использованием средств и методов, разрешенных в стоматологии	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иОПК-6.2	Способен применить знания о медикаментозных и немедикаментозных методах лечения для назначения лечения	Знать: Стандарты медицинской помощи при различных заболеваниях	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствия большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Обосновывать, планировать и применять основные методы лечения различных заболеваний у детей и взрослых	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками применения медикаментозных и немедикаментозных методов лечения у пациентов с различной патологией	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иОПК-6.3	Способен осуществить контроль эффективности и безопасности	Знать: Группы лекарственных препаратов, их фармакокинетику, фармакодинамику, совместимость лекарственных препаратов; показания и противопоказания к	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствия большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного

	назначенного лечения	проведению отдельных методов лечения	значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Определять объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению для повышения его безопасности	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками контроля за безопасностью и эффективностью лечения	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции/ индикатора	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-1	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза	Знать: методы обследования пациента с целью установки диагноза		
		Уметь: провести обследование пациента		
		Владеть: навыками постановки диагноза		
иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/ законных представителей)	Знать : методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей);	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствия большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: оценить состояние пациента	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: методами сбора информации от пациентов (их родственников/ законных представителей)	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и	Знать: объем первичного и повторного осмотров, значение специальных и дополнительных	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствия большого количества	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и

	повторного осмотра, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики различных заболеваний	ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: проводить первичный и повторный осмотр пациентов, обосновывать и планировать объем обследования пациентов	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: навыками интерпретации данных первичного и повторного осмотра пациентов, лабораторных и инструментальных исследований, данных консультаций пациентов врачами-специалистами	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-1.5.	Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза и установление предварительного диагноза	Знать: клиническую картину, симптомы основных заболеваний и пограничных состояний у взрослых и детей, их диагностика	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствия большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: анализировать полученные результаты обследования	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: методикой разработки алгоритма постановки предварительного диагноза	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-1.6.	Разработка алгоритма постановки окончательного диагноза, постановка окончательного диагноза	Знать: международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствия большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: проводить дифференциальную диагностику на основе полученной информации	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в

			профессиональных задач в рамках РП	рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: методикой разработки алгоритма постановки окончательного диагноза	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины

4.2. Шкала, и процедура оценивания
4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, реферат, презентации, эссе. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.

4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

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

Для стандартизированного тестового контроля:

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

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

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

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

Для оценки реферата:

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

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

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

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

Для оценки презентаций:

Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации

(графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

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

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

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

Для оценки эссе

❖ Оценка «отлично» выставляется, если студент грамотно выделил основной проблемный вопрос темы, структурирует материал, владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, высказывает собственное мнение по поводу проблемы, грамотно формирует и аргументирует выводы.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если студент грамотно выделил основной проблемный вопрос темы, структурирует материал, владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, но не демонстрирует широту охвата проблемы, не полностью ориентирован в существующем уровне развития проблемы, при этом высказывает собственное мнение по поводу проблемы и грамотно, но не достаточно четко аргументирует выводы.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если студент не выделил основной проблемный вопрос темы, плохо структурирует материал, слабо владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, не демонстрирует широту охвата проблемы, не полностью ориентирован в существующем уровне развития проблемы, не высказывает собственное мнение по поводу проблемы и не достаточно четко аргументирует выводы.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Студент не ориентирован в проблеме, затрудняется проанализировать и систематизировать материал, не может сделать выводы.

Для оценки решения ситуационной задачи:

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

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

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

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

Для разбора тематического больного

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

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

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

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

Для курации больного

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

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

Удовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

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

Для разбора истории болезни

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

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

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

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

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации.

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

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

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