

Документ подписан простой электронной подписью:
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 19.05.2025 13:02:03
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА-ЮГРЫ
"Сургутский государственный университет"**

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебно-методической работе

Е.В. Коновалова

11 июня 2025 г., протокол УМС № 5

Дерматовенерология
рабочая программа дисциплины (модуля)
Программа кандидатского экзамена

Закреплена за кафедрой

Многопрофильной клинической подготовки

Шифр и наименование
научной специальности

3.1.23. Дерматовенерология

Форма обучения

очная

Часов по учебному плану	360
в том числе:	
аудиторные занятия	80
самостоятельная работа	244
часов на контроль	36

Виды контроля:
Зачеты 1, 2
Экзамен 3

Распределение часов дисциплины:

Год обучения	1	2	3
Вид занятий			
Лекции	8	16	16
Практические	8	16	16
Итого ауд.	16	32	32
Сам. работа	56	112	76
Часы на контроль			36
Итого	72	144	144

Программу составил(и):

Канд. мед. наук, доцент Ефанова Е.Н.

Рабочая программа дисциплины

Дерматовенерология

разработана в соответствии с ФГТ:

Приказ Минобрнауки России от 20.10.2021 г. №951 "Об утверждении федеральных государственных требований к структуре программ подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), условиям их реализации, срокам освоения этих программ с учетом различных форм обучения, образовательных технологий и особенностей отдельных категорий аспирантов (адъюнктов)".

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Многопрофильной клинической подготовки

Протокол от 24 марта 2025 г. № 15

Зав. кафедрой *д-р мед. наук, профессор Климова Н.В.*

Председатель УМС медицинского института

Канд. мед. наук, преподаватель Васильева Е.А.

Протокол от 24 апреля 2025 г. № 08

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Целью дисциплины является глубокая специализированная подготовка в выбранном направлении, владения навыками современных методов исследования; формирование у обучающихся умение находить и анализировать современную научную информацию в области медицины; формирование и совершенствование навыков самостоятельной научно-исследовательской работы. Дисциплина направлена на подготовку к сдаче кандидатского экзамена по научной специальности 3.1.23. Дерматовенерология.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОПОП ВО	
2.1	Предшествующими для изучения дисциплины являются:
2.1.1	результаты освоения дисциплин, направленных на подготовку к сдаче кандидатских экзаменов, «История и философия науки», «Иностранный язык»;
2.1.2	результаты научной (научно-исследовательской) деятельности аспирантов, направленной на подготовку диссертации к защите;
2.1.3	результаты научной (научно-исследовательской) деятельности аспирантов, направленной на подготовку публикаций;
2.1.4	результаты прохождения научно-исследовательской практики.
2.2	Последующими к изучению дисциплины являются знания, умения и навыки, используемые аспирантами:
2.2.1	в научной (научно-исследовательской) деятельности аспирантов, направленной на подготовку диссертации к защите;
2.2.2	в научной (научно-исследовательской) деятельности аспирантов, направленной на подготовку публикаций;
2.2.3	при прохождении итоговой аттестации.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
--

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	взаимосвязь кожи, функциональных систем организма и уровень их регуляции;
3.1.2	строение и функции кожи в возрастном аспекте, уход за здоровой кожей и ее придатками;
3.1.3	использование немедикаментозной терапии, физиотерапии, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;
3.1.4	принципы противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.
3.2	Уметь:
3.2.1	проводить первичную, вторичную и третичную профилактику кожных и венерических заболеваний и работу по гигиеническому обучению и воспитанию населения в дерматовенерологии;
3.2.2	формировать представления о здоровом образе жизни у населения Российской Федерации и способствовать уменьшению риска дерматологических заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем.
3.3	Владеть:
3.3.1	организацией реабилитационной среды и обеспечения реабилитационного процесса;
3.3.2	основными формами и методами реабилитационного процесса;
3.3.3	методическими приемами формирования знаний, умений и навыков у пациентов с аллергическими заболеваниями и иммунопатологией;

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)					
---	--	--	--	--	--

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Курс	Часов	Литература	Примечание
1.1	Дерматология. Антицитокины, ретиноиды, иммунодепрессанты, фототерапия псориаза и красного плоского лишая. /Лек/	1	8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	
1.2	Дерматология. Папуло-сквамозные и пузырьные дерматозы /Пр/	1	8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	
1.3	Дерматология. Папуло-сквамозные и пузырьные дерматозы, болезни сально-волосного аппарата /Ср/	1	10	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	

1.4	Контрольная работа	1	0	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	Задание для контрольной работы
1.5	/Зачёт/	1	0	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	Задание для зачета
1.6	Венерология. Современные представления о сифилисе /Лек/	2	8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	
1.7	Венерология. Актуальные вопросы сифилиса и других ИППП /Пр/	2	8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	
1.8	Венерология. Актуальные вопросы сифилиса и других ИППП /Ср/	2	56	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	
1.9	Контрольная работа	2	0	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	Задание для контрольной работы
1.10	/Зачёт/	2	0	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	Задание для зачета
1.11	Микология. Современные представления о дерматомикозах /Лек/	2	8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	
1.12	Микология. Дерматомикозы, кератомикозы, кандидоз /Пр/	2	8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	
1.13	Микология. Дерматомикозы, кератомикозы, кандидоз /Ср/	2	56	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	
1.14	Контрольная работа	2	0	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	Задание для контрольной работы
1.15	/Зачёт/	2	0	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	Задание для зачета
1.16	Аллергодерматозы. Современные представления об аллергодерматозах /Лек/	3	4	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	
1.17	Аллергодерматозы. Современные представления об аллергодерматозах. Клинические рекомендации и стандарты оказания медицинской помощи /Пр/	3	8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	
1.18	Аллергодерматозы. Современные представления об аллергодерматозах. Клинические рекомендации и стандарты оказания медицинской помощи /Ср/	3	20	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	
1.19	Контрольная работа	3		Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	Задание для контрольной работы
1.20	/Экзамен/	3	36	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л1.8 Л1.9 Л1.10 Л1.11 Л1.12	Вопросы к кандидатскому экзамену

5. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

5.1. Контрольные вопросы и задания

Проведение текущего контроля успеваемости

Тема 1 Дерматология. Антицитокины, ретиноиды, иммунодепрессанты, фототерапия псориаза и красного плоского лишая.

Перечень вопросов для аудиторного обсуждения:

1. Основы диагностики кожных заболеваний.
2. Пальпация и диаскопия.
3. Методика поскабливания кожи.
4. Дермографизм, пиломоторный рефлекс.
5. Аллергические пробы. Методика проведения.
6. Люминесцентная диагностика.

Тестовые задания:

1. Эпидермис имеет следующие слои:

- а) роговой
- б) зернистый
- в) шиповатый
- г) базальный
- д) блестящий
- е) мальпигиев

2. Эпидермис обеспечивает следующие виды защиты:

- а) противохимическую
- б) противолучевую
- в) электросопротивление
- г) антимикробную
- д) механическую
- е) от УФЛ

3. Кожа выполняет следующие функции:

- а) защитную
- б) дыхательную
- в) резорбционную
- г) терморегуляторную
- д) рецепторную
- е) иммунобиологическую

4. К придаткам кожи относятся:

- а) ногти
- б) волосы
- в) мышцы кожи
- г) потовые железы
- д) сальные железы

5. Истинный полиморфизм это:

- а) появление одновременно нескольких первичных морфологических элементов
- б) появление одновременно нескольких вторичных морфологических элементов
- в) наличие одного первичного и нескольких вторичных элементов
- г) наличие нескольких первичных и одного вторичного элемента
- д) бесследное разрешение морфологических элементов

6. Гиперкератоз – это:

- а) утолщение рогового слоя эпидермиса
- б) утолщение зернистого слоя эпидермиса
- в) удлинение сосочков дермы
- г) гиперпролиферация клеток шиповатого слоя
- д) скопление чешуек на поверхности кожи

7. Гранулез – это:

- а) разрастание зернистого слоя эпидермиса
- б) утолщение рогового слоя эпидермиса
- в) разрыв связей между клетками шиповидного слоя эпидермиса
- г) появление вакуолей в базальных эпидермоцитах
- д) гиперпролиферация клеток шиповидного слоя эпидермиса

8. Вакуольная дегенерация – это:

- а) внеклеточный отек
- б) внутриклеточный отек
- в) образование вакуолей в цитоплазме эпидермоцитов
- г) разрушение десмосом
- д) лизис ядер эпидермоцитов

9. Спонгиоз – это:

- а) межклеточный отек
- б) внутриклеточный отек
- в) разрушение связей между шиповатыми эпидермоцитами
- г) разрыв связей между шиповатыми эпидермоцитами в десмосомах
- д) утолщение шиповатого слоя эпидермиса

10. Папилломатоз – это:

- а) разрастание сосочков дермы
- б) утолщение всех слоев эпидермиса
- в) разрастание сосочков дермы
- г) гиперпролиферация клеток базального слоя
- д) деформация эпидермиса сосочками дермы

11. При клиническом исследовании кожи используют методы:

- а) пальпации
- б) поскабливания
- в) диаскопии
- г) кожные пробы
- д) дермографизма
- е) исследования мышечно-волоскового рефлекса
- ж) дерматоскопии

Задания для самостоятельной работы:

Ответить на вопросы. Обосновать.

- 1. Строение и функции кожи. Патогистологические изменения в коже.
- 2. Первичные и вторичные элементы кожных сыпей.

Задание для контрольной работы в виде Ситуационные (клинические) задачи

Ситуационная задача №1

На прием к дерматологу обратился больной 20 лет с жалобами на высыпания на коже рук и ног, нестерпимый зуд кожи.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным 2 недели. Сначала появились высыпания красного цвета на коже рук. Затем появились высыпания на ногах. Беспокоил сильный зуд.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диссеминированный характер. Симметричный. На коже сгибательной поверхности предплечий и внутренней поверхности бедер имеются плоские, полигональные папулы синюшно-красного цвета. Отдельные папулы сливаются с образованием бляшек. На слизистой полости рта по линии смыкания зубов белесоватые, папулезные элементы.

ВОПРОСЫ:

- 1. Ваш предположительный диагноз.
- 2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
- 3. Принципы общей и наружной терапии.

Ситуационная задача №2

На прием к врачу обратилась женщина 40 лет с жалобами на появление высыпаний на коже лица.

ИЗ АНАМНЕЗА. Высыпания на лице появились 2,5 года назад. Сначала они были единичные, затем их число увеличилось. Высыпания сливались между собой. После разрешения на месте высыпаний оставались рубчики. Мать и старшая сестра болеют туберкулезом.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Высыпания располагаются на коже левой щеки, крыльев носа, ушных раковин. Основным элементом является бугорок размером с булавочную головку, выступающий над уровнем кожи, мягкой консистенции, красно-розового цвета. При диаскопии предметным стеклом бугорок приобретает буро-желтую окраску. При надавливании зондом последний легко проникает в ткань, вызывая кровотечение. Бугорки сливаются между собой. На левой щеке сплошной атрофический рубец по типу «папиросной бумаги».

ВОПРОСЫ:

Ваш предположительный диагноз.

- 1. Какие симптомы характерные для данного заболевания, наблюдаются у больной?
- 2. План обследования больной.
- 3. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с другими дерматозами.

Ситуационная задача №3

На прием к врачу обратился мужчина 49 лет с жалобами на появление кольцевидных образований на коже правой щеки, выпадение волос на этом месте.

ИЗ АНАМНЕЗА: Считает себя больным в течение 2 месяцев. Вначале появились мелкие красноватые папулы, которые постепенно слились, образовав фигуру в виде кольца. 2 назад начали выпадать волосы на этом месте.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: На коже правой щеки имеются мелкие красновато-синюшные плоские, полигональные, шелушащиеся папулы, слившиеся в виде кольца. На месте образования заметно выпадение волос. Болевая, тактильная, термическая чувствительность на этом месте снижена.

- 1. Ваш предположительный диагноз, его обоснование;
- 2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данного больного?
- 3. Наметьте план лечебно-профилактических мероприятий, выпишите рецепты.

лечение лиц, длительно находящихся в контакте с больными лепрой.

Ситуационная задача №4

Больная 35 лет поступила в стационар с жалобами на появление пузырей на коже туловища и рук, болезненность в полости рта при приеме пищи.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больной в течение 4-х месяцев, когда появилась болезненность в полости рта при приеме пищи. Обратилась к стоматологу, который назначил полоскание полости рта фурацилином и раствором марганцевокислого калия. Эффекта от лечения не было. Через 2 месяца появились пузыри на коже туловища и верхних конечностей, которые вскрывались, оставляя после себя незаживающие, болезненные эрозии.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит распространенный характер. Симметричный. На неизменной слизистой оболочке щек, губ, твердого и мягкого неба обширные эрозии ярко-красного цвета. На коже туловища и конечностей пузыри величиной до грецкого ореха. Некоторые пузыри напряженные, другие - вялые. Содержимое пузырей прозрачное. Мокнущие, полициклических очертаний эрозии покрыты серозными корками. При надавливании на пузырь жидкость отслаивает прилежащие участки эпидермиса и пузырь перемещается. При потягивании обрывков покрывки пузыря происходит отслойка эпидермиса за пределы пузыря.

ВОПРОСЫ:

- 1. Ваш предположительный диагноз.
- 2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для установления окончательного диагноза и назначения полноценной этиологической и патогенетической терапии?
- 3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать дерматоз у данной больной?
- 4. В чем заключается ошибка врача-стоматолога по ведению данной больной?

5. План лечения больной,
6. Какие осложнения могут возникнуть в процессе лечения больной?

Ситуационная задача №5

На прием к дерматологу обратился больной 22 лет с жалобами на болезненные высыпания на коже груди, повышение температуры тела, недомогание.

ИЗ АНАМНЕЗА. Считает себя больным в течение нескольких дней, когда после резкого переохлаждения появились пузырьки на правой половине грудной клетки, сопровождающиеся повышением температуры тела, общей слабостью. В течение последних трех дней приступообразно возникали новые высыпания, болезненность резко усилилась. Подобные высыпания отмечал 6 месяцев назад. ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС. Процесс носит диффузный характер. Асимметричный. На правой половине грудной клетки с переходом на правую лопатку по ходу межреберных нервов на фоне отечной эритематозной кожи сгруппированные пузырьки с серозным содержимым, эрозии, серозные корочки.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте диагноз.
2. С чем можно дифференцировать данный дерматоз?
3. Тактика ведения и лечения больного.

Вопросы для подготовки к зачету:

1. История развития дерматологии. Роль российских ученых в развитии дерматологии.
2. Строение кожи. Основные особенности анатомии и гистологии кожи. Основные функции кожи. Придатки кожи.
3. Морфологические элементы (первичные и вторичные). Гистоморфологические изменения кожи. Патологические процессы в коже при различных дерматозах.
4. Принципы наружного лечения дерматозов. Принципы ухода за кожей больного с дерматозом.
5. Стафилококковые пиодермии. Этиопатогенез стафилококковых поражений кожи. Клиническая классификация. Основные формы стафилококковых пиодермий. Лечение и профилактика.
6. Стрептококковые пиодермии. Этиопатогенез стафилококковых поражений кожи. Клиническая классификация. Основные формы стафилококковых пиодермий. Лечение и профилактика.
7. Чесотка. Эпидемиология. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.
8. Туберкулез кожи. Этиология и патогенез. Классификация. Туберкулезная волчанка. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
9. Скрофулодерма. Этиология и патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
10. Диссеминированные формы туберкулеза кожи (папуло-некротический туберкулез, индуративная эритема). Этиопатогенез. Клиника. Лечение. Профилактика.
11. Розовый лишай. Этиология. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
12. Вирусные дерматозы (герпес простой). Этиопатогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.
13. Опоясывающий герпес. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.
14. Бородавки. Контагиозный моллюск. Эпидемиология. Этиопатогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
15. Псориаз. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение и реабилитация.
16. Красный плоский лишай. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
17. Пузырные дерматозы. Этиопатогенез. Классификация. Акантолитическая пузырчатка. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лабораторная диагностика. Лечение.
18. Герпетический дерматоз Дюринга. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
19. Васкулиты кожи. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Лечение.
20. ВИЧ-ассоциированные заболевания кожи. Саркома Капоши. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
21. Нарушение пигментации кожи. Предраковые болезни кожи. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
22. Очаговая алопеция. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.

Тема 2. Венерология. Современные представления о сифилисе. Актуальные вопросы сифилиса и других ИППП

Перечень вопросов для аудиторного обсуждения:

1. Виды иммунитета при сифилисе.
2. Определение сифилиса.
3. Морфология бледной спирохеты.
4. Пути распространения бледной спирохеты в организме.
5. Иммунитет при сифилисе. Экспериментальный сифилис.
6. Пути и условия заражения.
7. Общее течение сифилиса.
8. Общая характеристика инкубационного периода.
9. Общие особенности современного течения первичного периода сифилиса.
10. Общая характеристика современного течения вторичного сифилиса.
11. Общая характеристика современного течения третичного сифилиса.
12. Скрытый сифилис.
13. Злокачественный сифилис.
14. Определение бледной трепонемы в темном поле.

Тестовые задания:

1. Какие виды движений характерны для бледной трепонемы:
а) вращательно – поступательные
б) волнообразные

- в) скачкообразные
- г) маятникообразные
- 2. Для бледной трепонемы характерны:
 - а) спиралевидная форма
 - б) 4 – 12 завитков
 - в) рост на питательных средах
 - г) подвижность
 - д) невосприимчивость к основным краскам
- 3. Бледная трепонема является:
 - а) облигатным аэробом
 - б) факультативным анаэробом
 - в) факультативным аэробом
 - г) облигатным анаэробом
- 4. Какие факторы внешней среды губительны для бледной трепонемы?
 - а) температура выше 42°C
 - б) высыхание
 - в) замораживание
 - г) УФ – излучение
 - д) дезинфицирующие средства
 - е) моющие средства
- 5. Какими методами можно обнаружить бледную трепонему?
 - а) бактериологическими
 - б) бактериоскопическими
 - в) окраской по Грамму
 - г) в темном поле
 - д) в нативном препарате
- 6. Материалом для исследования на бледную трепонему может быть:
 - а) кровь
 - б) моча
 - в) отделяемое твердого шанкра
 - г) пунктат лимфатических узлов
 - д) спинномозговая жидкость
 - е) отделяемое папул
- 7. Какие виды иммунитета характерны для сифилиса?
 - а) клеточный
 - б) инфекционный
 - в) гуморальный
 - г) стерильный
 - д) нестерильный
- 8. Какие животные могут использоваться в качестве экспериментальной модели сифилиса?
 - а) крысы
 - б) лягушки
 - в) кролики
 - г) мыши
 - д) обезьяны
- 9. Пути передачи сифилиса:
 - а) бытовой
 - б) половой
 - в) врожденный
 - г) гемотрансфузионный
 - д) алиментарный
 - е) мед. работники (профессиональный)
- 10. Какие периоды характерны для общего течения сифилиса?
 - а) вторичный
 - б) третичный
 - в) инкубационный
 - г) продромальный
 - д) первичный
- 11. Какие причины способствуют удлинению инкубационного периода сифилиса?
 - а) прием сульфаниламидов
 - б) физические нагрузки
 - в) прием антибиотиков
 - г) алкоголь, наркотики
 - д) стрессы
- 12. Для скрытого сифилиса характерно:
 - а) отрицательные серологические реакции
 - б) отсутствие клинических проявлений
 - в) висцеральные поражения
 - г) положительные серологические реакции
 - д) поражения нервной системы
- 13. Скрытый сифилис делится на:

- а) латентный
- б) ранний
- в) рецидивный
- г) поздний
- д) неуточненный

Решение ситуационных задач:

1. Больной С., обратился к дерматовенерологу с жалобами на наличие безболезненной язвы на головке полового члена. При осмотре обнаружена язва, покрытая обильным гнойным налетом. При исследовании в темном поле бледная трепонема не обнаружена, микрореакция преципитации отрицательная. Что должен предпринять врач дерматовенеролог для уточнения диагноза?

2. В терапевтическое отделение поступил больной с подозрением на заболевание желудка. При обследовании обнаружен II рецидивный сифилис. После 5 дней пребывания в отделении больной был переведен в кожно-венерологический диспансер. Персонал терапевтического отделения обратился в КВД с вопросами?

- а) Могли ли они заразиться сифилисом?
- б) Должны ли они обследоваться?
- в) Нужно ли им проводить превентивное лечение?

3. Больного А. вызвали на обследование в КВД, т.к. 10 дней назад он имел половую связь с больной сифилисом. Другие половые контакты в течение 6 месяцев отрицает. При осмотре на коже и слизистых высыпания не обнаружены

- а) Дальнейшая тактика врача?
- б) Возможный диагноз?

4. При прохождении медицинского осмотра для устройства на работу у мужчины 30 лет оказалась положительной микрореакция. При дальнейшем обследовании выявлен резко положительный ИФА на сифилис, но никаких высыпаний на коже и слизистых не обнаружено.

Из анамнеза: 1 год назад была случайная половая связь.

- а) Установите диагноз
- б) Какие дополнительные обследования следует провести?

Задания для самостоятельной работы:

Разобрать и объяснить тесты

1. Венерологический диагноз формулируется, включая все перечисленное, кроме

- нозологической формы
- клинической формы
- характера течения
- стадии процесса
- эффективности предшествующего лечения

2. Понятие "дозовый режим" включает все перечисленное, кроме

- суточных доз в единицах веса или объема
- промежутков между введением
- путей введения
- скорости введения
- общей продолжительности лечения

3. Для сифилиса скрытого раннего при резко положительной реакции иммуноферментного анализа характерным является

- низкий титр реактивов
- высокий титр реактивов
- титр реактивов значения не имеет

4. Лимфатические узлы при венерическом лимфогранулематозе вскрываются с образованием всего перечисленного, кроме

- язв
- фистулезных ходов
- некроза
- абсцесса
- эрозий

5. Регионарные лимфатические узлы при донованозе

- не изменены или незначительно увеличены, подвижны
- значительно увеличены, мягкие
- значительно увеличены, уплотнены
- образуют неподвижный конгломерат
- измененные узлы изъязвляются

6. Для сифилиса скрытого раннего характерным является выявление у полового партнера

- манифестной формы сифилиса
- сифилиса скрытого позднего
- сифилиса висцерального
- позднего нейросифилиса

7. Удлинение инкубационного периода сифилиса наблюдается

- при сопутствующих инфекционных заболеваниях
- при биполярном расположении твердых шанкров
- при лечении пенициллином, тетрациклином сопутствующих заболеваний в инкубационный период сифилиса
- при лечении сульфаниламидами сопутствующих заболеваний в инкубационном периоде сифилиса
- при лечении противовирусными препаратами

8. Для сифилиса скрытого позднего характерным является

- выявление у полового партнера манифестной формы сифилиса
- отсутствие данных за сифилис у полового партнера
- выявление у полового партнера сифилиса скрытого раннего

- выявление у полового партнера висцерального сифилиса 9. Для постановки диагноза первичного серопозитивного сифилиса наряду с клиникой необходимы положительные результаты следующих реакций - Колмера - Вассермана - иммунофлюоресценции - РИФ-200 - иммунофлюоресценции - РИФ-АБС - микрореакции 10. У больной 19 лет на внутренней поверхности малых половых губ имеются множественные болезненные, неправильной формы язвы размером от нескольких миллиметров до 1 см. Дно язв ровное, покрыто серозно-гнойным отделяемым. Температура тела 38°C, озноб. Паховые лимфоузлы в норме. Для уточнения диагноза необходимы исследования - крови на реакцию иммобилизации бледных трепонем - клинический анализ крови - отделяемого на бледную трепонему - крови на РИФ-200 - крови на РИФ-АБС 11. Вторичные сифилиды характеризуются следующими признаками - высыпания вторичного периода имеют нечеткие края, неправильные очертания - высыпания вторичного периода сопровождаются чувством жжения, болезненностью - высыпания вторичного периода сохраняются длительно, несмотря на проводимую терапию - высыпания быстро разрешаются под влиянием лечения - высыпания имеют островоспалительный характер поражения Задания для контрольной работы в форме ситуационных (клинических) задач: Ситуационная задача 1. На прием обратился больной 35 лет с жалобами на наличие безболезненной язвы в области уздечки полового члена. Язва появилась четыре дня назад, безболезненная. Обработывал мазью "Гиоксизон", присыпкой, без должного эффекта. Принял внутрь один грамм сумамеда. Больной холост, во время частых поездок за рубеж (в том числе в страны с тропическим климатом) имеет случайные половые связи. Локальный статус. В области уздечки и венечной борозды справа язва 1,0x1,0 см, ярко-красного цвета, с плотным безболезненным инфильтратом у основания, округлая с ровными краями и лакированным дном. Пальпируется справа лимфоузел до 2 см, плотно-эластичный, безболезненный, явления лимфангита, кровь на РМП 4+. Задания: 1.Поставьте предварительный диагноз. 2.Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания. 3.Составьте план обследования. 4.Назначьте лечение. 5.Укажите план диспансерного наблюдения. Ситуационная задача 2. У больного А. на коже мошонки и вокруг ануса единичные папулы синюшного цвета величиной с мелкую горошину, поверхность части из них эрозирована. В углах рта мокнущие папулы. Волосы на волосистой части головы диффузно поредели. РМП (4+). У его половой партнерши С. на коже туловища обильная мелкая розеолезная сыпь. На задней спайке больших половых губ – эрозия овальной формы мясо-красного цвета. Полиаденит, особенно увеличены паховые лимфоузлы. Они подвижны, безболезненны. Больная С. не переносит пенициллин. Половая связь с А. в течение трех месяцев. Задания: 1.Поставьте диагноз пациентам и обоснуйте. 2.Уточните, кто из больных является источником заражения. 3.Проведите дифференциальную диагностику папулезной и пятнистой сыпи. 4.Назначьте лечение больным. 5.Уточните последующее диспансерное наблюдение. Ситуационная задача 3. К проктологу обратилась больная 17 лет с жалобами на незначительную болезненность при акте дефекации в течение 2 дней. Проктолог назначил сидячие ванночки с отваром ромашки, смазывание мастью левомеколь. Через 2 недели на коже туловища появились пятнистая сыпь. При осмотре на слизистой ануса видна язва удлиненной формы, размером 0,8-0,2 см, с ровными плотноватыми краями. На коже туловища обильная розеола; полиаденит. Задания: 1.Поставьте и обоснуйте диагноз. 2.Укажите, какие исследования необходимо было провести проктологу. 3.Уточните, в чем ошибка проктолога. 4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать. Ситуационная задача 3. На прием к венерологу обратился пациент с жалобами на выделения из уретры. Болен 3 дня. Неделю назад была половая связь с женщиной, имя которой скрывает. При осмотре выявлена гиперемия головки полового члена и гнойные выделения. Первая порция мочи мутная, вторая прозрачная. Органы мошонки без патологии. В мазках обнаружены гонококки. При работе с пациентом присутствует медицинская сестра. Задания: 1.Поставьте и обоснуйте диагноз. 2.Назначьте лечение. 3.Обследование эпидемиологического очага. 4.Дайте рекомендации после излечения. Ситуационная задача 4. К венерологу обратился мужчина с жалобами на умеренные выделения из уретры, ощущение дискомфорта. При осмотре: губки уретры гиперемированы, умеренные выделения жидкие слизисто-гнойного характера. Яички, придатки, семенной канатик без патологии. В мазках по Грамму обнаружены трихомонады, диплококки, лейкоциты 8-10 в поле зрения. Задания:
--

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования пациента.
3. Назначьте лечение больному.
4. Уточните тактику дальнейшего ведения пациента.

Ситуационная задача 5.

Женщина жалуется на умеренные выделения из половых путей в течение года. Кроме того, больная отмечает межменструальные кровянистые выделения, болезненность во время половых контактов, зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании.

Лечение антибиотиками пенициллинового ряда неэффективно. При осмотре выявлена картина вульвовагинита и уретрита.

Задания:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Уточните, какое обследование необходимо провести.
3. Назначьте лечение.
4. Укажите, как проводится контроль излеченности.

Вопросы для подготовки к зачету:

1. Бледная спирохета - возбудитель сифилиса, ее морфология, биологические свойства.
 2. Иммунитет при сифилисе. Понятие о реинфекции и суперинфекции.
 3. Источники и пути заражения сифилисом. Общее течение сифилиса.
 4. Общая характеристика первичного периода сифилиса.
 5. Первичная сифилома (клинические разновидности твердого шанкра) и сопутствующего бубона.
 6. Вторичный сифилис. Общая характеристика высыпаний при вторичном сифилисе. Отличия вторичного свежего сифилиса от рецидивного.
 7. Поражение внутренних органов и систем при вторичном сифилисе.
 8. Причины третичного сифилиса. Общие признаки его проявления. Бугорковый сифилид. Его варианты, дифференциальный диагноз. Гуммозный сифилид. Его варианты, дифференциальный диагноз.
 9. Поражение слизистых оболочек при третичном сифилисе, дифференциальный диагноз.
 10. Поражение внутренних органов и систем при третичном сифилисе.
 11. Сифилис и беременность. Профилактика врожденного сифилиса.
 12. Ранний врожденный сифилис.
 13. Поздний врожденный сифилис.
 14. Методы обнаружения бледной спирохеты (по периодам сифилиса).
- Серодиагностика сифилиса (МР, ИХА, ИФА, РПГА, РИТ, РИФ, ИФА). Ложноположительные реакции (острые, хронические).
15. Основные принципы лечения больных сифилисом, в том числе врожденного сифилиса. Неспецифическая терапия, показания, методы.
- Препараты пенициллина в лечении больных сифилисом, осложнения, противопоказания.
16. Гонкокк - возбудитель гонореи. Его морфологические и биологические свойства.
 17. Гонорея девочек. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения

Тема 3 Микология. Современные представления о дерматомикозах. Дерматомикозы, кератомикозы, кандидоз

Перечень вопросов для аудиторного обсуждения:

1. Классификация микозов.
2. Возбудитель, эпидемиология, клиника, диагностика и лечение отрубевидного лишая.
3. Возбудитель, эпидемиология, клиника, диагностика и лечение паховой эпидермофитии.
4. Возбудитель, клинические разновидности эпидермофитии стоп.
5. Пути и условия заражения, диагностика, лечение, профилактика эпидермофитии стоп.
6. Возбудитель, клиника, диагностика, лечение рубромикоза стоп.
7. Эпидемиология трихофитии, микроспории, антропонозные и антропозоонозные возбудители.
8. Клиника, диагностика и лечение поверхностной трихофитии. Разновидности, клиника, лечение хронической трихофитии.
9. Разновидности, клиника, лечение инфильтративно-нагноительной трихофитии.
10. Клиника, диагностика, лечение и профилактика микроспории.
11. Онихомикозы, возбудители, клиника, методы лечения.
12. Эпидемиология, разновидности, клиника, лечение кандидозов.
13. Техника микроскопической диагностики микозов.
14. Системные антимикотики, показания, дозы, критерии излеченности (рецепт).

Тестовые задания:

1. Классификация микозов включает:

- а) дерматофитии
- б) кандидоз
- в) кератомикозы
- г) антропозоонозы
- д) глубокие микозы
- е) псевдомикозы

2. Отрубевидный лишай вызывается:

- а) *Pityrosporum orbiculare*
- б) *Candida albicans*
- в) *Microsporum ferrugineum*
- г) *Trichophyton rubrum*
- д) *Trichophyton tonsurans*
- е) *Pityrosporum ovale*

3. Для отрубевидного лишая характерны следующие клинические проявления:

- а) розовые пятна
- б) буро-коричневые пятна

- в) алопеция
 - г) псевдолейкодерма
 - д) гиперпигментация
4. Какие препараты используются для лечения отрубевидного лишая?
- а) салициловый спирт
 - б) бензилбензоат
 - в) системные антимикотики
 - г) крем или спрей «Тербинафин»
 - д) мазь «Клотримазол»
 - е) метод Демьяновича
5. Для паховой эпидермофитии характерно:
- а) поражение крупных складок
 - б) поражение ногтей
 - в) поражение мелких складок
 - г) наличие островоспалительных очагов с валиком по периферии
 - д) поражение слизистых оболочек
6. Какие факторы могут способствовать возникновению микоза стоп, обусловленного интердигитальным трихофитом?
- а) использование обезличенной обуви
 - б) контакт с сельскохозяйственными животными
 - в) хождение босиком
 - г) использование общих головных уборов
 - д) повышенная потливость
7. Для микоза, обусловленного интердигитальным трихофитом, характерно поражение:
- а) складок
 - б) волосистой части головы
 - в) стоп
 - г) кожи туловища
 - д) ногтевых пластинок
8. Укажите клинические формы микоза стоп, обусловленного интердигитальным трихофитом:
- а) дисгидротическая
 - б) поражение ногтевых пластинок
 - в) хроническая
 - г) интертригинозная
 - д) сквамозная
9. Какие осложнения могут наблюдаться при эпидермофитии стоп?
- а) истинная экзема
 - б) микотическая экзема
 - в) пиодермия
 - г) аллергический дерматит
 - д) рожистое воспаление
10. Клиническими проявлениями рубромикоза стоп являются:
- а) гиперкератоз
 - б) муковидное шелушение
 - в) усиление кожного рисунка
 - г) нередко «мокнутие»
 - д) поражение всех ногтевых пластинок
11. Какие выделяют клинические формы рубромикоза?
- а) хронический
 - б) стоп
 - в) крупных складок
 - г) стоп и кистей
 - д) ногтевых пластин
12. Перечислите клинические характеристики, типичные для онихомикоза, обусловленного *Tr.rubrum*.
- а) поражение ногтевых пластинок стоп
 - б) онихолитический тип поражения ногтей
 - в) гипертрофический тип онихомикоза
 - г) симптом наперстка
 - д) поражение ногтевых пластинок кистей
13. Какие препараты используют для наружной терапии микозов стоп?
- а) микосептин
 - б) ундецин
 - в) цинкундан
 - г) ламизил
 - д) орунгал
14. Комплекс противоэпидемических мероприятий при микозах стоп включает:
- а) использование противогрибковых носков
 - б) профилактика потливости кожи стоп
 - в) дезинфекция обуви
 - г) соблюдение личной гигиены
 - д) использование кремов или пудр с фунгистатическим эффектом
15. К трихомикозам относятся:

- а) трихофития
 - б) рубромикоз
 - в) микроспория
 - г) кандидоз
 - д) фавус
16. При каких микозах наблюдается свечение под люминесцентной лампой Вуда?
- а) трихофития
 - б) кандидоз
 - в) микроспория
 - г) отрубевидный лишай
 - д) фавус
17. Как поражаются волосы при антропофильной трихофитии?
- а) обламываются на уровне 6-8 мм над уровнем кожи
 - б) обламываются на уровне кожи
 - в) обламываются в виде пеньков на уровне 1-2 мм
 - г) пеньки имеют вид крючков, запятых и т.п.
 - д) происходит гнойное расплавление волосистой луковицы
18. Какой диагноз может быть у ребенка при обнаружении у матери хронической черноточечной трихофитии?
- а) поверхностная трихофития
 - б) хроническая трихофития
 - в) инфильтративно-нагноительная трихофития
 - г) фавус
 - д) микроспория
19. При поверхностной трихофитии в процесс вовлекаются:
- а) складки
 - б) волосистая часть головы
 - в) ногти
 - г) гладкая кожа
 - д) внутренние органы
20. Какие клинические характеристики типичны для инфильтративно-нагноительной трихофитии?
- а) разрешение с образованием рубцовой алопеции
 - б) наличие «медовых сот»
 - в) расплавление волосистой луковицы
 - г) свободная эпиляция волос
 - д) наличие фолликулярного инфильтрата
 - е) гиперкератоз
21. Какие системные антимикотики применяют для лечения трихомикозов?
- а) гризеофульвин
 - б) нистатин
 - в) тербинафин
 - г) леворин
 - д) кетоназол
 - е) итраконазол
22. Укажите источники заражения при зоонозной трихофитии:
- а) коровы, телята
 - б) кошки
 - в) куры
 - г) собаки
 - д) мышевидные грызуны
23. Укажите источники заражения при микроспории:
- а) кошки
 - б) человек
 - в) попугаи
 - г) собаки
 - д) свиньи
24. Какие нозологические формы относятся к кандидозу кожи?
- а) хронический генерализованный гранулематозный
 - б) кандидоз слизистых
 - в) кандидоз мелких складок
 - г) кандидозная онихия и паронихия
 - д) кандидоз крупных складок
25. Перечислите факторы, способствующие возникновению кандидоза.
- а) сахарный диабет
 - б) прием антибиотиков
 - в) прием системных кортикостероидов
 - г) иммунодефицит
 - д) мацерация кожи
 - е) повышенная потливость
26. Какие клинические характеристики типичны для кандидоза складок?
- а) локализация под молочными железами
 - б) наличие «лакированной» эрозии

- в) воротничок отслоившегося эпителия по периферии
- г) наличие отсевов вокруг основного очага
- д) сильный зуд или жжение

27. Укажите характерные клинические признаки кандидоза ногтевых пластинок:

- а) поражение пальцев кистей
- б) возникновение паронихии
- в) исчезновение ногтевой кожицы
- г) ногтевая пластинка может отслаиваться
- д) ногтевая пластинка имеет поперечные бороздки

28. Укажите клинические формы кандидоза слизистых оболочек полости рта:

- а) молочница (дрожжевой стоматит)
- б) кариес
- в) глоссит
- г) хейлит
- д) заеда

29. Укажите препараты для местного лечения кандидоза:

- а) ламизил-крем
- б) клотримазол
- в) нистатиновая мазь
- г) целестодерм
- д) низорал

Решение ситуационных задач:

1. У больного в 3-4 межпальцевых промежутках левой стопы эрозивные поверхности, окруженные отслоившимся мацерированным эпидермисом. Больной по профессии шахтер, страдает гипергидрозом стоп.

- а) Установите диагноз
- б) Назначьте лечение

2. На внутренней поверхности правого бедра и прилегающей части промежности очаг округлой формы с четкими границами. На фоне эритемы видны мелкие чешуйки, по краю очага мелкие серозные корочки. При микроскопическом исследовании обнаружены нити мицелия.

- а) Установите диагноз
- б) Назначьте лечение

3. На волосистой части головы у мальчика 8-летнего возраста несколько воспалительных очагов с неровной поверхностью, возвышающихся над окружающей кожей, покрытых обильным гнойным экссудатом. Заднешейные лимфатические узлы увеличены и болезненны. При микроскопическом исследовании обнаружены нити мицелия.

- а) Установите диагноз
- б) Назначьте лечение

4. К врачу обратилась больная 60 лет, страдающая ожирением III степени. Объективно: в пахово-бедренных и подгрудных складках, а также в складках свисающего живота – интертригинозный процесс в виде эритемы, мокнутия, сметаноподобного налета и трещин в глубине складок. Больная в течение 10 дней, процесс на коже сопровождается сильным зудом.

- а) Поставьте диагноз.
- б) Перечислите причины заболевания.
- в) Назначьте лечение.

Задания для самостоятельной работы:

Разобрать и объяснить тесты

1. Понятие "дозовый режим" включает все перечисленное, кроме

- суточных доз в единицах веса или объема
- промежутков между введением
- путей введения
- скорости введения
- общей продолжительности лечения

2. Эпидермис имеет слои

- роговой
- зернистый
- шиповидный
- базальный

3. Для наружного лечения основного очага микотической экземы во время мокнутия и везикуляции целесообразно применить

- нитрофунгин
- резорциновую примочку 1%, раствор цинка сульфата 0.25%
- 10% серную мазь на вазелине
- целестодерм

4. Для разноцветного лишая характерно

- хроническое течение
- наличие пятен
- отрубевидное шелушение
- фестончатые очертания очагов
- все перечисленное, кроме г)

5. Для глубокой трихофитии характерно

- общее недомогание с повышением температуры тела
- наличие островоспалительных инфильтратов
- положительный симптом "медовых сот"
- самопроизвольное разрешение

- все перечисленное
- 6. Для трихофитии волосистой части головы характерны
 - мелкие множественные очаги, в очагах поражения видимы неизменные волосы
 - белая муфта у основания волос
 - четкие очертания очага
 - крупные очаги, сплошное поражение волос
- 7. Для скутулярной формы фавуса характерно все перечисленное, кроме
 - атрофичности и безжизненности волос
 - мышиного запаха
 - зуда
 - эктимы
 - рубцовой атрофии
- 8. Заражение микроспорией может происходить
 - в детских коллективах
 - при контакте с кошками и собаками
 - в парикмахерских
 - при работе на животноводческих фермах
 - правильно все перечисленное, кроме г)
- 9. Для поражения волос при микроспории характерно все перечисленное, кроме
 - частичного обламывания волос в очаге поражения на высоте 1-2 мм
 - обламывания волос на высоте 4-8 мм
 - наличия беловатой муфты вокруг обломанного волоса
 - зеленого свечения волос при облучении очагов лампой Вуда
- 10. Микоз, вызванный красным трихофитом, характеризуется всем перечисленным, кроме
 - эритематозно-сквамозного характера сыпи
 - наличия прерывистого валика из узелков по краю очага
 - поражения ногтей на стопах и кистях
 - генерализованного поражения кожи и ее придатков
- 11. Патогенетическими факторами, способствующими развитию кандидоза, являются все перечисленные, кроме
 - болезней крови
 - новообразований
 - лечения антибиотиками, иммунодепрессантами, сульфаниламидами, половыми гормонами
 - диабета
 - беременности
- 12. Клиническими формами кандидоза являются
 - кандидоз крупных складок
 - кандидоз мелких складок
 - кандидоз слизистых оболочек
 - кандидоз околоногтевых валиков и ногтей
 - все перечисленные

Задания для контрольной работы в форме решения ситуационных (клинических) задач:

Ситуационная задача 1.

У ребёнка 9 лет на коже волосистой части головы мать обнаружила 2 очага обломанных волос, длина которых 6-8 мм. Очаги округлых очертаний, кожа незначительно гиперемирована, имеется шелушение, корочки по периферии очага. Субъективные ощущения отсутствуют.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза?
3. Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз?
4. Назначьте лечение.
5. Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания).

Ситуационная задача 2.

Больной 27 лет обратился с жалобами на высыпания на стопах. При осмотре: кожа 4 и 3 межпальцевых промежутков мацерирована, имеется незначительная эритема, в центре – трещины с отслоением эпителия вокруг. Беспокоит сильный зуд.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз?
3. Назначьте лечение.
4. Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания).

Ситуационная задача 3.

Ребёнок 7-и лет консультирован по поводу большого количества очагов облысения на волосистой части головы. Мать заметила их 3 месяца назад, но поскольку они не беспокоили ребёнка, к врачу обратилась только после появления новых участков облысения. Объективно: на волосистой части головы много мелких округлых очагов, покрытых серовато-белыми отрубевидными чешуйками, воспалительные явления в виде лёгкой эритемы выражены слабо. Волосы обломаны на высоте 5-7 мм от уровня кожи, в очагах имеются и неизменённые волосы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза?
3. Какие исследования надо произвести для его подтверждения?
4. Назначьте лечение.
5. Рекомендации противоэпидемических мероприятий (при наличии инфекционного заболевания).

Ситуационная задача 4.

К дерматологу обратился молодой специалист с жалобами на высыпания на коже верхней части туловища. Болен около года. Из

анамнеза известно, что после пребывания на солнце на месте высыпаний остаются участки депигментации. При осмотре: на коже шеи, плеч и груди имеются розовато-коричневые пятна с лёгким отрубевидным шелушением, без воспалительных явлений. Субъективные ощущения отсутствуют. Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие основные симптомы служат основанием для этого диагноза?
3. С каким заболеванием следует дифференцировать имеющееся заболевание у пациента?
4. Какие исследования надо произвести для его подтверждения?
5. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 5.

На приём к врачу пришла молодая женщина с ребёнком 1,5 лет с жалобами на высыпания в полости рта у ребёнка. У ребёнка в анамнезе дисбактериоз, дискинезия желчных путей. При осмотре слизистая оболочка полости рта (СОПР) гиперемирована, слегка отёчна, и на этом фоне имеется серовато-белый налет, легко снимающийся при поскабливании. Ребёнок плохо ест и спит. Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования надо произвести для его подтверждения?
3. Какие результаты лабораторных исследований могут подтвердить этот диагноз?
4. К каким специалистам надо направить пациента на консультацию?
5. Назначьте лечение.

Вопросы для подготовки к зачету:

1. Определение микозов.
2. Классификация микозов.
3. Этиология, патогенез микозов.
4. Клиника, методы и критерии диагностики кератомикозов.
5. Принципы лечения и профилактика кератомикозов.
6. Клиника, методы и критерии диагностики дерматомикозов.
7. Принципы лечения и профилактика дерматомикозов.
8. Клинические проявления кандидозов, критерии диагностики.
9. Принципы лечения и профилактика кандидозов.
10. Клинические проявления глубоких микозов, критерии диагностики.
11. Принципы лечения и профилактика глубоких микозов.
12. Меры профилактики грибковых заболеваний у детей. Клинико-лабораторный контроль излеченности.

Тема 4 Аллергодерматозы. Современные представления об аллергодерматозах. Клинические рекомендации и стандарты оказания медицинской помощи

Перечень вопросов для аудиторного обсуждения:

1. Этиопатогенез, разновидности аллергодерматозов.
2. Клинические формы дерматитов.
3. Дерматиты от воздействия механических раздражителей.
4. Дерматиты от воздействия высоких и низких температур.
5. Дерматиты от воздействия химических факторов.
6. Основные виды, методика применения и оценка кожных проб.
7. Фотодерматозы, разновидности.
8. Лучевые поражения кожи.
9. Токсикодермия. Этиопатогенез, клиника. Понятие о лекарственной аллергии.
10. Классификация экземы.
11. Дифференциальная диагностика истинной и микробной экземы.
12. Принципы общего лечения токсикодермии.
13. Принципы общего лечения экземы.
14. Наружное лечение экземы в зависимости от стадии заболевания.

Тестовые задания:

1. Какие факторы могут вызвать простой контактный дерматит?

- а) аллергены
- б) облигатные
- в) факультативные
- г) раздражители
- д) физические
- е) химические

2. Простой контактный дерматит представляет собой:

- а) раздражение
- б) ожог
- в) отморожение
- г) аллергическое воспаление
- д) инфекционное воспаление

3. Для простого контактного дерматита характерны:

- а) эритема
- б) пузыри
- в) локализация на месте воздействия причинного фактора
- г) интенсивный зуд
- д) жжение, болезненность

4. Назначить лечение при простом контактном дерматите:

- а) зиртек
- б) хлористый кальций
- в) глюкокортикоидная мазь
- г) мазь с антибиотиком

- д) компресс с раствором антисептика
 - е) салициловый спирт
5. Для аллергического дерматита характерны:
- а) наличие сенсibilизации
 - б) полиморфизм высыпаний
 - в) факультативные раздражители
 - г) хроническое течение
 - д) распространение высыпаний за пределы действия причинного фактора
6. Для лечения аллергического дерматита используются лекарственные средства:
- а) витамины
 - б) антигистаминные
 - в) гипосенсибилизирующие
 - г) глюкокортикоиды
 - д) иммунодепрессанты
 - е) седативные
7. Классификация экземы:
- а) истинная
 - б) микробная
 - в) профессиональная
 - г) детская
 - д) себорейная
 - е) паратравматическая
8. Клиническая картина истинной экземы включает:
- а) зуд
 - б) полиморфизм высыпаний
 - в) нечеткие границы очагов
 - г) симметричность
 - д) мокнутие
 - е) выпадение волос
9. Для микробной экземы характерно:
- а) сенсibilизация микробными аллергенами
 - б) несимметричность очагов
 - в) наличие первичного очага инфекции
 - г) поражение слизистых оболочек
 - д) четкие границы
 - е) пустулы
10. К разновидностям микробной экземы относятся:
- а) паратравматическая
 - б) импетигиозная
 - в) варикозная
 - г) микотическая
 - д) дисгидротическая
11. При экземе могут наблюдаться первичные морфологические элементы:
- а) эритема
 - б) пустулы
 - в) папулы
 - г) бугорки
 - д) везикулы
 - е) волдыри
12. При экземе могут наблюдаться вторичные морфологические элементы:
- а) чешуйки
 - б) корки
 - в) рубцы
 - г) трещины
 - д) эрозии
 - е) вторичные пятна
13. Общее лечение экземы включает лекарственные средства:
- а) антигистаминные
 - б) седативные
 - в) мочегонные
 - г) гипосенсибилизирующие
 - д) биогенные стимуляторы
 - е) глюкокортикоиды
14. Местное лечение экземы включает:
- а) примочки
 - б) кремы с глюкокортикоидами
 - в) мази с глюкокортикоидами
 - г) антисептики
 - д) антимикотики
 - е) препараты дегтя, нафталина
15. К антигистаминным препаратам относятся:

- а) супрастин
- б) кетотифен
- в) ламизил
- г) тавегил
- д) зиртек
- е) эриус

16. Для токсикодермии характерно попадание аллергена через:

- а) кожные покровы
- б) слизистые оболочки
- в) парентерально
- г) дыхательные пути
- д) желудочно-кишечный тракт

17. Какие лекарственные препараты чаще других могут вызвать токсикодермию?

- а) антибиотики
- б) сульфаниламиды
- в) глюкокортикоиды
- г) салицилаты
- д) антигистаминные
- е) витамины

18. Первая помощь при токсикодермии включает в себя:

- а) отмену лекарственных средств не по жизненным показаниям
- б) антигистаминные препараты
- в) глюкокортикоиды
- г) мочегонные препараты
- д) витамины
- е) гипосенсибилизирующие средства

19. К разновидностям токсикодермии относятся:

- а) буллезная токсикодермия
- б) синдром Лайелла
- в) фиксированная эритема
- г) Йододерма
- д) бромодерма
- е) себорейная токсикодермия

Решение ситуационных задач:

1. К дерматовенерологу обратился пациент, работающий автослесарем, у которого после контакта с горючесмазочными материалами на коже кистей и предплечий появились эритема, отек, пузыри, сопровождаемые жжением и болью.

- а) Установите диагноз и назначить лечение.
- б) Проведите дифференциальный диагноз с истинной экземой.

2. К дерматовенерологу обратился пациент, который по поводу гриппа принимал сульфаниламидные препараты. Спустя 3 дня у него на коже туловища и конечностей появились округлые пятна, ярко-красного цвета с синюшным оттенком в центре

- а) Установите и обоснуйте диагноз.
- б) Перечислите лекарственные препараты, вызывающие данный процесс.
- в) Составьте план лечения.

3. У больного после приема внутрь раствора новокаина для снятия желудочных болей появились слабость, головная боль, повысилась температура тела до 38,5°, во время которой на коже туловища, а затем по всему кожному покрову, появилась распространенная пятнисто-уртикарная, папулезная сыпь.

- а) Установите диагноз.
- б) Назначьте лечение.

4. У работника гальванического цеха через два месяца работы на кистях появились зуд, гиперемия, папулезные высыпания, везикулы и серозные колодцы. Аналогичные явления имеют место еще у двух рабочих цеха.

- а) Установите диагноз.
- б) Назначьте лечение.

5. У пациента хирургического отделения после удаления грыжи вокруг послеоперационного шва появились зуд, эритема, микровезикулы.

- а) Как можно расценить подобную ситуацию?
- б) Тактика лечения.

Задания для самостоятельной работы:

Разобрать и объяснить тесты

1. Дерматологический диагноз формулируется, включая все перечисленное, кроме

- нозологической формы
- клинической формы
- характера течения
- стадии процесса
- эффективности предшествующего лечения

2. Гипоаллергенная диета может назначаться больным

- псориазом
- буллезными дерматозами
- склеродермией
- экземой, атопическим дерматитом
- все перечисленное

3. К препаратам, блокирующим H₂-гистаминовые рецепторы, относится

- циметидин
 - димедрол
 - супрастин
 - фенкарол
 - диазолин
4. Понятие "дозовый режим" включает все перечисленное, кроме
- суточных доз в единицах веса или объема
 - промежутков между введением
 - путей введения
 - скорости введения
 - общей продолжительности лечения
5. Лихенификация характеризуется
- уплотнением
 - пигментацией
 - утолщением кожи
 - усилением кожного рисунка
 - всем перечисленным
6. Кожа участвует в обмене
- углеводов, липидов, белков
 - меланина
 - витаминов
 - воды и солей
7. Барьерно-защитная функция кожи включает
- противолучевую резистентность
 - бактерицидную активность
 - сопротивление кожи электрическому току
 - механическую резистентность
 - все перечисленное
8. Важнейшими функциональными методами исследования в дерматологии являются
- определение интенсивности сало- и потоотделения, pH
 - определение температуры кожи и терморегуляции
 - определение сопротивления кожи электрическому току
 - сосудистые кожные реакции
 - все перечисленные
9. Эпидермис имеет слои
- роговой
 - зернистый
 - шиповидный
 - базальный
 - все перечисленные
10. Телеангиэктатическая форма пигментной крапивницы обычно наблюдается
- в детском возрасте
 - исключительно у взрослых больных
 - с самого рождения
 - в пубертатный период
 - в любом возрасте с одинаковой частотой
11. В течении атопического дерматита выделяются
- сезонные стадии
 - две стадии в зависимости от активности процесса
 - три стадии возрастной эволютивной динамики
 - четыре стадии в зависимости от осложнений
 - ни одно из перечисленного
12. Факультативные раздражители могут вызывать
- эпидермозы
 - неаллергические контактные дерматиты
 - масляные фолликулиты
 - гиперкератозы
 - все перечисленное
13. Развитие периорального дерматита связывают со всеми перечисленными причинами, кроме
- косметических средств
 - раздражающих зубных паст, раздражающей губной помады
 - длительного применения кортикостероидных наружных средств
 - себореи
 - микробной сенсibilизации
14. Для наружного лечения основного очага микотической экземы во время мокнутия и везикуляции целесообразно применить
- нитрофунгин
 - резорциновую примочку 1%, раствор цинка сульфата 0.25%
 - 10% серную мазь на вазелине
 - целестодерм
 - формалиновую мазь

15. В патогенезе atopического дерматита играют роль все перечисленные факторы, кроме

- блокады β -адренергических рецепторов, мембранодеструктивных процессов
- аллергии к микробным антигенам
- аллергии к пищевым продуктам
- врожденного дефекта ингибитора C3-комплемента
- иммунодефицита

16. Длительное применение наружной гормональной терапии больному atopическим дерматитом может привести ко всему перечисленному, кроме

- полного выздоровления; наиболее эффективно, не дает осложнений
- подавления глюкокортикоидной функции коры надпочечников
- атрофии кожи
- гипертрихоза
- инфицирования очагов поражения на коже

17. Зуд кожи сопровождается

- сахарный диабет
- уремию
- лимфогранулематоз
- цирроз печени

Задания для контрольной работы в форме ситуационных (клинических) задач:

Ситуационная задача 1.

На консультативном приеме осмотрена девочка 1,5 лет. В двухмесячном возрасте отмечены проявления аллергического диатеза. Родилась от второй беременности, протекавшей с токсикозом II половины. На грудном вскармливании находилась до 2 мес. Обострения кожных проявлений мать связывает с употреблением молока и яиц. Наследственность: у матери рецидивирующая крапивница. При осмотре ребенка на разгибательной поверхности голеней и предплечий кожа ярко гиперемизована, отечна, покрыта микровезикулами с мокнутием в виде «колодцев».

Анализ крови: гемоглобин — 120 г/л, эритроциты — $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты — $8,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы — 10 %, палочкоядерные — 1 %, сегментоядерные — 42 %, лимфоциты — 43 %, моноциты — 4 %. Общий IgE сыворотки — 10 МЕ/мл (норма — 20 МЕ/мл).

Тесты с аллергенами молока и яйца: реакция дегрануляции тучных клеток — сомнительная, реакция лейкоцитолитического теста — отрицательная, реакция угнетения миграции лейкоцитов — положительная, внутрикожный тест — положительный (через 24 ч). Ваш предполагаемый диагноз? Какой тип аллергической реакции описан в задаче?

Ситуационная задача 2.

Девочка 8 лет с трехмесячного возраста до 2,5 лет страдала детской экземой. Скарификационная проба с яйцом (+++), провокационный тест с яйцом — положительный. На фоне продолжительной ремиссии ребенку дали апельсин и шоколад, после употребления которых появились кожные высыпания с сильным зудом. Однако отмена этих продуктов не привела к улучшению.

При поступлении в стационар кожа туловища и конечностей сухая, шелушащаяся. На сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, в области луче- запястных суставов видны папулезная сливная сыпь, лихенификация, трещины. На коже верхней части груди и спины — папулезная сыпь, следы расчесов и кровяные корки.

Анализ крови: гемоглобин — 120 г/л, эритроциты — $4,0 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель — 0,9, лейкоциты — $8,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы — 12 %, палочкоядерные — 2 %, сегментоядерные — 47 %, лимфоциты — 34 %, моноциты — 5 %, СОЭ — 6 мм/ч. Уровень общего IgE сыворотки — 220 ЕД/мл (норма — 70 ЕД/мл).

Ваш предполагаемый диагноз? Каков план обследования?

Ситуационная задача 3.

Мальчик Артем Б., 1 год. Жалобы: высыпания на коже, зуд, запор. В возрасте 6 месяцев впервые появилось покраснение кожи щек. За 15 дней до поступления в отделение стали применять гомеопатические препараты, на фоне которых высыпания распространились на кожу конечностей, стали сливаться в бляшки, мокнуть, появился сильный зуд. Status localis: на коже щек на фоне гиперемии — единичные бляшки, покрытые корочками, расчесы, на голених множественные крупные монетовидные очаги, местами сливающиеся между собой с обильным наслоением корок, выраженным мокнутием, множественными расчесами. Субъективно беспокоит сильный зуд.

Проведено обследование: Клинический анализ: эритроциты — $4,35 \times 10^{12}$ /л; Hb — 115 г/л; лейкоциты — $9,8 \times 10^9$ /л; Лимфоциты — 50,8%; Моноциты — 8%; Эозинофилы — 8%; Гранулоциты — 44,9%, тромбоциты — 381×10^9 /л; СОЭ — 4 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок — 65 г/л, креатинин — 44 ммоль/л, мочевины — 5,2 ммоль/л, холестерин — 4,1 ммоль/л, общий билирубин — 15,6 мкмоль/л, прямой билирубин — 0,6 мкмоль/л, АЛТ - 28 МЕ/л, АСТ - 47 МЕ/л, глюкоза - 4,4 ммоль/л, ТРГ — 0,42 ммоль/л. Анализ мочи: pH 6,0; относительная плотность — 1025, бактерии, эритроциты, лейкоциты — отсутствуют. Иммунологический анализ крови: IgE — 1 МЕ/мл (норма — до 60), высокий уровень специфических IgE-антител к грибковым аллергенам (Candida albicans).

Задание:

Обоснуйте Ваш диагноз.

Перечислите основные патогенетические механизмы развития заболевания у данного больного.

Можно ли на основании представленных результатов обследования подтвердить диагноз?

Если это необходимо, наметьте план дальнейшего обследования.

Перечислите факторы риска, способствовавшие реализации заболевания у данного ребенка.

Ситуационная задача 4.

Мальчик Б., 6 месяцев, поступил в стационар с направляющим диагнозом: детская экзема, период обострения. Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 2950 г, длина - 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложен в родильном зале, сосал удовлетворительно. На естественном вскармливании до 2,5 месяцев, затем переведен на искусственное вскармливание в связи с гипогалактией у матери. Вакцинация БЦЖ в родильном доме, других прививок не проводили.

Анамнез заболевания: после перевода на искусственное вскармливание (смесь "Агу-1") у мальчика на коже щек появились участки покраснения с элементами микровезикул, которые в дальнейшем подвергались мокнутию с образованием зудящих корочек. В возрасте 3 месяцев на волосистой части головы появились диффузные серовато-желтые чешуйки. С 4-месячного возраста проводилась частая смена молочных смесей ("Фрисолак", "Энфамил", "Симилак", "Хумана", "НАН" и т.д.), на фоне чего кожные проявления заболевания усилились, вовлекая в процесс лицо, верхние и нижние конечности, туловище. В дальнейшем в процесс вовлекалась кожа сгибательных поверхностей рук и ног, область ягодич. Применение наружных медикаментозных средств ("болтушки", кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давали кратковременный эффект. В 5,5 месяцев введен

прикорм - овсяная каша, после чего отмечалось выраженное беспокойство, появился разжиженный стул со слизью и неперевавшими комочками, иногда с прожилками крови. Ребенок в последнее время практически не спит. Для обследования и лечения ребенок был направлен в стационар.

Семейный анамнез: мать - 29 лет, страдает экземой (в настоящее время в стадии обострения); отец - 31 год, страдает поллинозом. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко беспокоен. На волосистой части головы выражены проявления себорейного шелушения в виде "чепчика". Кожные покровы практически повсеместно (за исключением спины) покрыты мокнувшими эритематозными везикулами, местами покрыты корочками. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, на мошонке и в промежности отмечаются участки с мокнутием и крупнопластинчатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС - 114 уд/мин. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах; урчание по ходу кишечника. Печень +3,0 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с неперевавшими комочками и слизью. Моча светлая. Общемозговых, очаговых и менингеальных симптомов не выявляется.

Общий анализ крови: НЬ - 104 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,8, Лейк - $11,2 \times 10^9$ /л, п/я - 7%, с - 33%, э - 9%, л - 41%, м - 10%, СОЭ - 12 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1010, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - много, лейкоциты - 6-8 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - много.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, мочевины - 3,6 ммоль/л, билирубин общий - 16,7 мкмоль/л, калий - 4,2 ммоль/л, натрий - 139 ммоль/л, кальций ионизированный - 0,95 ммоль/л (норма - 0,8-1,1), фосфор - 1,0 ммоль/л (норма - 0,6-1,6), железо сыворотки - 8,1 мкмоль/л (норма - 10,4-14,2), железосвязывающая способность сыворотки - 87,9 мкмоль/л (норма - 63,0-80,0), свободный гемоглобин - не определяется (норма - нет), IgE - 830 МЕ/л (норма - до 100 МЕ/л).

Задание

Согласны ли Вы с направляющим диагнозом?

Обоснуйте Ваш диагноз.

Перечислите основные патогенетические механизмы развития заболевания у данного больного.

Можно ли на основании представленных результатов обследования подтвердить диагноз?

Если это необходимо, наметьте план дальнейшего обследования.

Устное собеседование по вопросам.

Перечень вопросов:

1. Чем отличается контактный аллергический дерматит от экземы.
2. Каковы основные признаки экзематозного процесса.
3. Дифференциальная диагностика истинной экземы.
4. Профилактика экзематозных поражений кожи.
5. Крапивница. Механизмы образования волдыря. Клиника и диагностика основных форм.
6. Первая помощь при крапивнице и отеке Квинке.
7. Атопический дерматит. Принципы диагностики
8. Кожный зуд. Классификация. Лабораторные обследования больных страдающих кожным зудом.
9. Нейродермит диффузный и ограниченный.
10. Диспансеризация и трудовая экспертиза (рекомендации по выбору профессии) при аллергодерматозах.

Проведение промежуточной аттестации по дисциплине

Вопросы для подготовки к кандидатскому экзамену по дисциплине:

Общая дерматология

1. Характеристика дерматологии как науки. Исторические этапы развития дерматологии в России. Структура дерматовенерологической службы.
2. Строение кожи. Эпидермис, собственно кожа, подкожная жировая клетчатка, кровеносная и лимфатическая сеть; иннервация эпидермиса, дермы, подкожной клетчатки; придатки кожи. Потовые и сальные железы, волосы; нервно-рецепторный аппарат; ногти, мышцы кожи.
3. Физиология кожи. Функции кожи: защитная, терморегуляционная, рецепторная, секреторная, резорбционная, дыхательная, обменная, рефлекторная, иммунная. Взаимосвязь функции кожи с жизнедеятельностью всего организма в норме и патологии.
4. Морфологические элементы: первичные (пятно, узелок, бугорок, узел, волдырь, пузырек, пузырь, гнойничок), вторичные (пигментация, эрозия, язва, чешуйка, корка, трещина, лихенификация, вегетация, эксфолиация, рубец). Взаимное расположение элементов сыпи (изолированные элементы, сливающиеся, группирующиеся, эритродермия), наличие мономорфности или полиморфности сыпей, их локализация, симметричное или асимметричное расположение высыпаний. Значение биопсии кожи при постановке диагноза.
5. Основные патогистологические изменения в эпидермисе и дерме. Спонгиоз, паракератоз, паракератоз, дегенерация, папилломатоз, гранулез, акантоз, акантолизис, острое и хроническое воспаление в дерме, виды дермальных инфильтратов и их расположение, клеточный состав, инфекционные гранулемы.
6. Методика обследования дерматологического больного
7. Методы изучения больного, используемые в дерматовенерологии: клинические, гистологические, микробиологические, физиологические, биохимические, иммунологические. Диагностические приемы и тесты, применяемые при обследовании больных кожными и венерическими заболеваниями: определение дермографизма, мышечно-волоскового рефлекса, йодная проба, послойное поскабливание, диаскопия, проба с пугловатым зондом, проба Бальцера, симптом Бенне - Мещерского, симптом Никольского, выявление чесоточных ходов, люминесценция, забор патологического материала (волос, чешуек, ногтей). Основные биохимические и серологические исследования, используемые в дерматологической практике. Порядок оформления истории болезни, амбулаторной карты и других статистических документов, утвержденных при работе с больными.

Частная дерматология

1. Дерматиты. Определение дерматитов: простые или контактные, искусственные или искусственные у лиц с нормальной реактивностью кожи (этиология, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз); сенсibilизационный или аллергический (этиология, дифференциальный диагноз, кожные тесты, лечение, прогноз). Понятия об облигатных и факультативных раздражителях (аллергенах).

2. Токсидермия. Определение токсидермии; этиология и патогенез; клиника, общие симптомы, морфологические типы реакций на отдельные медикаменты; диагностика токсидермий (аллергологический анамнез, кожные тесты, иммунологические тесты); принципы лечения; профилактика. Синдром Лайелла. Начало заболевания, общие симптомы, клинические проявления на коже и слизистых, типы, течения, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение.
3. Профессиональные болезни кожи. Определение профессионального заболевания кожи, этиология, патогенез, классификация. Основные клинические формы профессиональных дерматозов (дерматиты, экземы, токсидермии, гиперкератозы, стигмы). Принципы диагностики профессиональных заболеваний. Принципы лечения и трудоустройства больных профдерматозами. Организация борьбы с профдерматозами.
4. Экзема. Этиология; патогенез; клиника, стадии развития экзематозного процесса, патогномоничные симптомы. Клинические формы экземы: истинная, микробная, себорейная, профессиональная, детская, роговая (тилотическая), дисгидротическая. Гистопатология экземы. Течение; диагноз; лечение (режим, диета, гигиенические воды и процедуры); лечение обычно протекающей экземы, распространенной, осложненной, в том числе эритродермии, резистентных случаев экземы; показания для назначения кортикостероидов перорально и/или парентерально, местное лечение. Трудовая экспертиза; диспансеризация; санаторно-курортное лечение; профилактика.
5. Кожный зуд. Причины, вызывающие кожный зуд; патофизиологические аспекты возникновения зуда. Зуд как один из симптомов соматической патологии. Клинические разновидности кожного зуда (старческий, зимний, высотный, ограниченный, универсальный кожный зуд); лечение, профилактика.
6. Нейродермит. Этиология, патогенез (понятие об атонии, связь нейродермита взрослых с лимфомами, нарушение функций центральной нервной системы, состояние эндокринной системы, вопросы аллергии взаимосвязь с патологией внутренних органов); клиника, течение, осложнения, прогноз; патогистология; диагностика; дифференциальный диагноз; лечение (общее и местное, санаторно-курортное), профилактика.
7. Печесуха. Патогенез, клинические формы, лечение.
8. Крапивница. Этиология; патогенез; клинические разновидности; диагноз, дифференциальный диагноз; лечение; неотложная помощь при отеке Квинке; прогноз; профилактика.
9. Псориаз. Этиология (неврогенная, наследственная и вирусная теории), патогенез; клиника (первичные и вторичные элементы, патогномоничные симптомы, диагностические тесты, клинические разновидности, сезонность, стадии, поражения суставов и внутренних органов); патогистология, диагноз и дифференциальный диагноз, лечение (традиционные методы лечения обычных разновидностей псориаза, показания и противопоказания для назначения кортикостероидов и цитостатиков, современные методы и средства для лечения псориаза); санаторно-курортное лечение, диспансеризация, профилактика.
10. Красный плоский лишай. Этиология, патогенез, клиника, клинические разновидности, поражения слизистой оболочки полости рта, течение, исход, патогистология, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение. Блестящий лишай. Шиповидный лишай.
11. Пиодермия. Этиология, патогенез (роль микроорганизмов, значение состояния макроорганизма, влияние факторов среды обитания и производственной деятельности); классификация; стафилодермии и стрептодермии (клинические формы), смешанные формы пиодермии.
12. Чесотка. Этиология (характеристика чесоточного клеща), эпидемиология; клиническая картина и осложнения заболевания (норвежская чесотка, чесотка у детей, малосимптомные и стертые формы чесотки); диагностика (техника забора материала, микроскопия препарата) и дифференциальная диагностика (дисгидроз, кожный зуд, диффузный нейродермит, пиодермия, экзема, пещесуха). Саркоптозы, Методы лечения чесотки (серный мазью, по Демьяновичу, бензилбензоатом, спрегалем и др.), тактика лечения осложнений чесотки (осложненной пиодермией, дерматитом); организационные мероприятия в очаге, профилактика.
13. Поражения кожи, вызванные клещами животных. Дерматозы, вызванные укусами клопов, блох. Педикулез. Эпидемиология, клиника, лечение, профилактика.
14. Туберкулез кожи. Основные клинические формы (волчанка, скрофулодерма, папулонекротический туберкулез, индуративная эритема Базена, язвенный туберкулез кожи и слизистых, лишай золотушных, ознобленная волчанка Бенъе - Теннессона), дифференциальная диагностика, принципы лечения и организация борьбы с туберкулезом кожи.
15. Лепра. Возбудитель, эпидемиология, инкубационный период, продромальные явления, классификация, клиника (лепроматозный тип, туберкулоидный, недифференцированный тип), стадии, гистология, дифференциальная диагностика, принципы лечения и профилактики.
16. Лейшманиоз кожи. Этиология, эпидемиология, клиника (сельский и городской типы), способ обнаружения возбудителя, лечение, профилактика.
17. Простой пузырьковый лишай. Этиология, клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
18. Опоясывающий лишай. Этиология; клинические разновидности (абортивный, буллезный, генерализованный, геморрагический, некротизирующий); осложнения (парез тройничного или лицевого нерва, снижение слуха, менингит, энцефалит, изъязвление роговицы); дифференциальный диагноз; лечение; прогноз; профилактика.
19. Бородавки. Этиология; клиника (обыкновенные, плоские, подошвенные); лечение.
20. Контагиозный моллюск. Этиология; клиника; лечение.
21. Красная волчанка. Этиология, патогенез, клинические разновидности хронической красной волчанки: дискоидная, диссеминированная, центробежная, глубокая; дифференциальная диагностика, течение, лечение.
22. Склеродермия. Этиология, патогенез, клинические разновидности ограниченной склеродермии (бляшечная, линейная, поверхностная - "болезнь белых пятен", идиопатическая Пазини - Пьерини), стадии, дифференциальный диагноз, лечение. Системная склеродермия, кожные изменения пальцев кистей, кожи и мягких тканей лица. Синдром Тибержа-Вейссенбаха. Диагностика, лечение, прогноз.
23. Дерматомиозит. Этиология и патогенез (роль острых инфекций, аллергических заболеваний, связь со злокачественными новообразованиями); клиника (изменения кожи, мьппц, желудочно-кишечного тракта); дифференциальный диагноз (гистологические, изменения кожи и мышц, биохимические изменения в крови), лечение.
24. Истинная (акантолитическая) пузырчатка. Классификация, патогенез. Клиническая картина вульгарной, листовидной, вегетирующей, себорейной пузырчатки. Первичная локализация на коже и слизистых оболочках. Диагностика: симптом Никольского прямой и непрямой, симптом Асбо - Хансена, цитологическое исследование на клетки Тцанка, гистологическое исследование биоптата кожи. Дифференциальный диагноз. Лечение больных акантолитической

пузырчаткой (кортикостероиды и цитостатики, лечение в стационаре для оттитровывания дозы, лечение "поддерживающими" дозами амбулаторно). Осложнения, их профилактика и лечение, прогноз. Препараты, применяющиеся при лечении пузырчатки, их дозировка, диета больных, наружная терапия, трудовая экспертиза.

25. Герпетиформный дерматоз Дюринга. Этиология и патогенез; клиника (жалобы, характер высыпаний, лабораторные тесты, дифференциальный диагноз, гистопатология), лечение сульфоновыми препаратами; атипичные формы (трихофитоидная, экземоподобная и др.).
26. Герпес беременных, особенности лечения.
27. Себорея. Клиника жидкой, густой, смешанной себореи. Лечение. Угревая сыпь. Этиология и патогенез (пиогенная инфекция, изменение состава кожного сала, наследственные факторы, гормональные нарушения). Клиника, течение, лечение.
28. Гипергидроз. Патогенез, клиника, лечение.
29. Витилиго. Клиника, лечение.
30. Гнездная плешивость. Патогенез, клиника, клинические формы (классификация), дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.
31. Васкулиты. Этиологии, патогенез, основные классификации. Клинические формы васкулитов; лечение. Параспориоз. Принципы лечения.
32. Лимфомы. Патогенез; классификация; клиника (грибовидного микоза, первичного ретикулеза кожи, ретикулосаркоматоза Готтрона, саркомы Капоши, мастоцитоза), гистопатология, диагноз, лечение, прогноз.
33. Новообразования кожи. Невусы; доброкачественные и злокачественные опухоли эпителиальной ткани; опухоли соединительной ткани. Меланома. Тактика ведения больных; лечение. Современные представления о паранеопластических кожных заболеваниях.
34. Фотодерматозы. Классификация (врожденные, приобретенные, токсико-инфекционные, пищевые, профессиональные, медикаментозные). Клинические формы (пигментная ксеродерма, световая оспа, порфириновая болезнь, солнечная почесуха, солнечная экзема, солнечный хейлит, солнечная крапивница, солнечная полиморфная экссудативная эритема, актинический ретикулоид, пеллагра и пеллагроид, световой дерматит, токсическая меланодермия, кожа земледельцев и моряков; дерматозы, вызванные воздействием препаратов дегтя, сульфаниламидов и др.).
35. Заболевания кожи, связанные с нарушением обмена веществ. Ксантома, ксантелазма, липоидный некробиоз, амилоидоз, липоидоз, кальциноз. Этиология и патогенез; клиника; характер течения; лечение; прогноз.
36. Розацеа и розацеаподобный дерматит ("периоральный дерматит" или "болезнь стюардесс"). Этиология и патогенез (роль эмоциональных факторов, раздражающей пищи, пряностей, алкогольных напитков, повышения внешней температуры, заболеваний желудочно-кишечного тракта, длительного применения фторсодержащих кортикостероидных мазей, моющих и косметических средств, фторсодержащих зубных паст, губных помад); клиника; течение; дифференциальная диагностика; лечение.
37. Болезни волос и ногтей. Этиология и патогенез, клиника, лечение. Поражения кожи и ее придатков при нарушениях функций нейроэндокринной системы.
38. Патомимии (дерматозойный бред, трихотилломания, онихофагия, хейлофагия, эпидермотилломания). Патогенез, клиника, лечение.
39. Наследственные заболевания кожи. Факоматозы.
40. Ихтиозы и ихтиозиформные эритродермии. Классификация (вульгарный ихтиоз, X-сцепленный рецессивный ихтиоз, небуллезная врожденная ихтиозиформная эритродермия, буллезная врожденная ихтиозиформная эритродермия, пластинчатый ихтиоз. Клиника, лечение, медико-генетическое консультирование, социально-производственная реабилитация лиц, больных генерализованными кератозами.
41. Кератодермии. Генодерматозы, характеризующиеся дистрофией соединительной ткани. Буллезный эпидермолиз. Дисхромии наследственные.
42. Особенности течения кожных заболеваний у новорожденных и в раннем детском возрасте.
43. Особенности течения и терапии дерматозов у лиц пожилого и старческого возраста.
44. Принципы общего и местного лечения кожных болезней.
45. Отбор, показания и противопоказания для лечения больных хроническими дерматозами с использованием курортных факторов.
46. Экспертиза трудоспособности при заболеваниях кожи. Медицинская косметология в реабилитации больных хроническими дерматозами.
47. Основные направления реформ здравоохранения в условиях рыночной экономики. Медицинское страхование. Основные принципы медицинского страхования. Страховой медицинский полис. Права и обязанности граждан в системе медицинского страхования.
48. Система оценки качества медицинской помощи. Медико-экономические стандарты (МЭС).

Грибковые заболевания

Общие вопросы эпидемиологии, этиология, морфология, патогенез. Классификация.

I. Кератомикозы (разноцветный лишай, узловатая трихоспория).

II. Дерматофитии:

1. Эпидермофития (паховая, эпидермофития стоп, ногтей).
2. Руброфития (гладкой кожи, стоп, кистей и ногтей).
3. Трихофитии (антропонозная, зоонозная).
4. Микроспория (антропонозная, зоонозная).
5. Фавус.

III. Кандидоз (поверхностный, хронический, генерализованный, висцеральный).

IV. Глубокие микозы.

V. Псевдомикозы: эритразма, подкрыльцовый трихомикоз, актиномикоз, нокардиоз.

Венерология

1. Сифилис. Основные этапы развития. Социальные аспекты венерических заболеваний. Методика обследования больных венерическими заболеваниями. Вопросы деонтологии. Этиология, эпидемиология. Иммунология, общее течение, классификация.

2. Первичный период сифилиса. Клинические проявления. Клиническая характеристика твердого шанкра (разновидности твердого шанкра, диагностические признаки). Характеристика регионарного лимфаденита. Осложнения твердого шанкра, дифференциальный диагноз, серологические реакции.
3. Вторичный период сифилиса Клиника вторичного <i>свежего</i> сифилиса. <i>Скрытый сифилис</i> (сифилис скрытый ранний, сифилис скрытый поздний, сифилис скрытый неуточненный). Серологические критерии разделения скрытого сифилиса на периоды. Значение динамики серологических реакций в процессе лечения для уточнения стадии заболевания. Клиника вторичного <i>рецидивного</i> сифилиса. Дифференциальный диагноз, течение.
4. Третичный сифилис (третичный активный и третичный скрытый), основные клинические формы бугоркового и гуммозного сифилиса. Диагностика третичного сифилиса (серологические реакции, пробное лечение, акушерский анамнез). Рентгенологическое исследование. Дифференциальная диагностика. Особенности лечения. Сифилис нервной системы, висцеральных органов, сосудов.
5. Врожденный сифилис. Классификация. Клинические проявления в различных стадиях врожденного сифилиса. Лабораторная диагностика сифилиса (исследование на бледную спирохету, серологическая диагностика сифилиса). Лечение: виды, схемы, препараты. Организация борьбы с сифилисом. Профилактика сифилиса. Санитарно-просветительная работа.
6. Гонорея. Характеристика возбудителя. Эпидемиология, классификация. Гонорея у мужчин. Гонорея у женщин и девочек. Особенности клинического течения гонореи у женщин и девочек. Осложнения, лабораторная диагностика. Этиологические и патогенетические методы лечения гонореи (антибиотики, иммунотерапия, методы местного лечения). Критерии излеченности гонореи. Роль акушеров-гинекологов в выявлении гонореи. Экстрагенитальная гонорея. Гонорейный артрит и гонококковый сепсис, поражения глаз. Профилактика гонореи.
7. Трихомоноз. Возбудитель. Эпидемиология. Клиника трихомоноза у женщин и у мужчин. Лабораторная диагностика, лечение.
8. Хламидиоз. Этиологии, эпидемиология, общая патология, патогенез. Клиника урогенитального хламидиоза. Экстрагенитальные проявления инфекции. Связь хламидиоза с поражением внутренних органов женщин и бесплодием. Методика обследования. Современные методы лабораторной диагностики. Синдром Рейтера. Лечение острого и хронического хламидиоза и его осложнений. Диспансеризация.
9. Уреаплазмоз. Микоплазмоз. Гарднереллез. Эпидемиология, этиология, клиника, диагностика, осложнения. Современные методы лечения.
10. Кандидоз, герпетические и цитомегаловирусные инфекции половых органов. Заболевания, вызываемые папиллома-вирусом.
11. Мягкий шанкр. Эпидемиология, этиология. Источники заражения и пути инфицирования. Иммунитет. Инкубационный период. Гистопатологические и клинические проявления. Осложнения, лабораторная диагностика. Лечение, профилактика.
12. Лимфогранулематоз венерический (четвертая венерическая болезнь). Этиология. Пути передачи инфекции. Инкубационный период. Клинические проявления и течение. Лабораторная диагностика. Принципы лечения.
13. Гранулема венерическая (донованоз, пятая венерическая болезнь). Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
14. Эндемические трепонематозы. Пинта. Фрамбезия. Беджель. Этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
15. Синдром приобретенного иммунодефицита. Этиология, эпидемиология, лабораторная диагностика. Кожные проявления СПИДа. Лечение. Профилактика СПИДа среди медицинского персонала и населения. Законодательные акты.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)				
6.1. Рекомендуемая литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
ЛП.1	Деева Н.В.	Дерматовенерология. Клинические задачи : учебное пособие для вузов	Москва : Юрайт, 2024. https://urait.ru/bcode/557413	1
ЛП.2	Белозеров Е.С.	Инфекционные болезни: гемоконтактные инфекции : учебное пособие для вузов	Москва : Юрайт, 2024 https://urait.ru/bcode/541555	1
ЛП.3	Пестерев П.Н.	Псевдомикозы и глубокие микозы : учебное пособие	Томск : СибГМУ, 2020 https://e.lanbook.com/book/276344	1
ЛП.4	Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г.	Кожные и венерические болезни : учебник	Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970419939.html	1
ЛП.5	Самцов А.В., Барбинов В.В.	Дерматовенерология: учебник	Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2016, http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436509.html	1
ЛП.6	Госманов Р. Г., Галиуллин А. К. Нургалиев Ф.М	Микология и микотоксикология: монография	Санкт-Петербург: Лань, 2023, https://e.lanbook.com/book/305966	1
ЛП.7	Разнатовский К.И. Клибсон С.К. и др.	Фототерапия в дерматологии : учебное пособие	Санкт-Петербург : СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2021. https://e.lanbook.com/book/327518	1
ЛП.8	Разнатовский К.И. Раводин Р. А., Вашкевич А. А.	Диффузные болезни соединительной ткани: красная волчанка: учебное пособие	Санкт-Петербург: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2019, https://e.lanbook.com/book/242471	1
ЛП.9	Юшук, Н.Д.	Протозоозы и гельминтозы : учебное пособие	Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455449.html	1

Л1.10	Юшук, Н.Д.	Инфекционные болезни. Руководство к практическим занятиям : учебно-методическое пособие	Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023 https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970480397.html	1
Л1.11	Пестерев П.Н., Хардикова С.А.	Онкодерматозы : учебное пособие	Томск : СибГМУ, 2020 https://e.lanbook.com/book/276341	1
Л1.12	Козин В.М.	Основные рубцовые изменения кожи и их косметологическая коррекция: материалы для работы со слушателями ФПК по специальности дерматовенерология и косметология	Витебск : ВГМУ, 2022. https://e.lanbook.com/book/326189 .	1

6.2. Электронно-библиотечные системы	
Э1	Электронно-библиотечная система Znanium http://new.znanium.ru
Э2	Электронно-библиотечная система «Лань» http://e.lanbook.com
Э3	Электронно-библиотечная система IPR SMART (IPRbooks) http://www.iprbookshop.ru
Э4	Электронно-библиотечная система «Юрайт» https://urait.ru
Э5	Электронно- библиотечная система «Консультант врача» https://www.rosmedlib.ru
6.3. Информационные, информационно-справочные системы	
6.3.1	Гарант – справочная правовая система по законодательству Российской Федерации http://www.garant.ru https://biblio.surgu.ru/ru/pages/resursi/bd/lan/grt/
6.3.2	КонсультантПлюс – справочная правовая система http://www.consultant.ru https://biblio.surgu.ru/ru/pages/resursi/bd/lan/cons/
6.4. Научные базы данных	
<i>В локальной сети http://lib.surgu.ru/ru/pages/resursi/bd/lan</i>	
6.4.1.	Электронная библиотека СурГУ https://elib.surgu.ru
6.4.2.	Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU http://www.elibrary.ru
6.4.3.	Евразийская патентная информационная система (ЕАПАТИС) http://www.eapatis.com
6.4.4.	Виртуальный читальный зал Российской государственной библиотеки (ВЧЗ РГБ) https://ldiss.rsl.ru
6.4.5.	Национальная электронная библиотека (НЭБ) https://rusneb.ru/
6.4.6.	Архив научных журналов (NEICON) http://archive.neicon.ru
6.4.7.	Springer Nature https://link.springer.com
6.4.8.	Полнотекстовая коллекция журналов РАН https://journals.rcsi.science
6.4.9.	Wiley Journals Database https://onlinelibrary.wiley.com
<i>В свободном доступе сети Интернет</i>	
6.4.10.	База данных ВИНТИ РАН http://bd.viniti.ru
6.4.11.	КиберЛенинка - научная электронная библиотека http://cyberleninka.ru
6.4.12.	Электронные коллекции на портале Президентской библиотеки им. Б. Н. Ельцина http://www.prilib.ru/collections
6.4.13.	Российская национальная библиотека https://primo.nl.ru/primo-explore/collectionDiscovery?vid=07NLR_VU1&lang=ru_RU
6.4.14.	Библиотека электронных журналов в г. Регенсбург (Германия). http://www.bibliothek.uni-regensburg.de/ezeit
6.4.15.	Directory of Open Access Journals https://doaj.org
6.4.16.	Elsevier - Open Archive https://www.elsevier.com/about/open-science/open-access/open-archive
6.4.17.	SpringerOpen http://www.springeropen.com
6.4.18.	BioMed Central http://www.biomedcentral.com
6.4.19.	New England Journal of Medicine http://www.nejm.org
6.4.20.	Free Medical Journals http://www.freemedicaljournals.com

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Учебные аудитории Университета для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа (практических занятий), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации оснащены: комплект специализированной учебной мебели, маркерная (меловая) доска, комплект переносного мультимедийного оборудования - компьютер, проектор, проекционный экран, компьютеры с возможностью выхода в Интернет и доступом в электронную информационно-образовательную среду.
7.2	Помещения для самостоятельной работы оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационную образовательную среду СурГУ:
539,541,542	Зал медико-биологической литературы и литературы по физической культуре и спорту
442	Зал естественно-научной и технической литературы
441	Зал иностранной литературы

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине

Методические рекомендации по проведению основных видов учебных занятий

При изучении дисциплины используются следующие основные методы и средства обучения, направленные на повышение качества подготовки аспирантов путем развития у аспирантов творческих способностей и самостоятельности:

- Контекстное обучение – мотивация аспирантов к усвоению знаний путем выявления связей между конкретными знаниями и его применением.
- Проблемное обучение – стимулирование аспирантов к самостоятельному приобретению знаний, необходимых для решения конкретной проблемы.
- Обучение на основе опыта – активизация познавательной деятельности аспиранта за счет ассоциации и собственного опыта с предметом изучения.
- Индивидуальное обучение – выстраивание аспирантами собственной образовательной траектории на основе формирования индивидуальной программы с учетом интересов аспирантов.
- Междисциплинарное обучение – использование знаний из разных областей, их группировка и концентрация в контексте решаемой задачи.

Лекции решают следующие задачи:

- изложить основной материал программы курса;
- развить у аспирантов потребность к самостоятельной работе над учебной и научной литературой.

Главной задачей каждой лекции является раскрытие сущности темы и анализ ее основных положений

Содержание лекций определяется рабочей программой дисциплины. Крайне желательно, чтобы каждая лекция охватывала и исчерпывала определенную тему курса и представляла собой логически вполне законченную работу. Лучше сократить тему, но не допускать перерыва ее на таком месте, когда основная идея еще полностью не раскрыта. Привлечение графического и табличного материала на лекции позволит более объемно изложить материал.

Целью практических занятий является:

- закрепление теоретического материала, рассмотренного аспирантами самостоятельно;
- проверка уровня понимания аспирантами вопросов, рассмотренных самостоятельно по учебной литературе, степени и качества усвоения материала аспирантами;
- восполнение пробелов в пройденной теоретической части курса и оказание помощи в его освоении.

В начале очередного занятия необходимо сформулировать цель, поставить задачи.

Методические рекомендации по организации самостоятельной работы аспирантов

Целью самостоятельной работы аспирантов является формирование способностей к самостоятельному познанию и обучению, поиску литературы, обобщению, оформлению и представлению полученных результатов, их критическому анализу, поиску новых неординарных решений, аргументированному отстаиванию своих предложений, умений подготовки выступлений и ведения дискуссий.

Методические рекомендации призваны помочь аспирантам организовать самостоятельную работу при изучении курса с материалами лекций, практических и семинарских занятий, литературы по общим и специальным вопросам медицинских наук.

Задачами самостоятельной работы аспирантов являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах (практических) занятиях для эффективной подготовки к зачетам и экзаменам.

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется аспирантом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы аспиранта без участия преподавателя являются:

- формирование и усвоение содержания конспекта лекций на базе рекомендованной лектором учебной литературы, включая информационные образовательные ресурсы (электронные учебники, электронные библиотеки и др.);
- подготовка к семинарам, их оформление;
- составление аннотированного списка статей из соответствующих журналов по темам занятий;
- выполнение домашних заданий в виде решения отдельных задач, проведения тестов и индивидуальных работ по отдельным разделам содержания дисциплин и т.д.

Самостоятельная работа аспирантов осуществляется в следующих формах:

1) Подготовка к семинарским и практическим занятиям.

При подготовке к семинарским занятиям аспирантам необходимо ориентироваться на вопросы, вынесенные на обсуждение. На семинарских занятиях проводятся опросы, разбор конкретных ситуаций, практических заданий, с активным обсуждением вопросов, в том числе в группах, с целью эффективного усвоения материала в рамках предложенной темы, выработки умений и навыков в профессиональной деятельности, а также в области ведения переговоров, дискуссий, обмена информацией, грамотной постановки задач, формулирования проблем, обоснованных предложений по их решению и аргументированных выводов.

2) Изучение основной и дополнительной литературы при подготовке к семинарским и практическим занятиям.

В целях эффективного и полноценного проведения таких мероприятий аспиранты должны тщательно подготовиться к вопросам семинарского занятия. Особенно поощряется и положительно оценивается, если аспирант самостоятельно организует поиск необходимой информации с использованием периодических изданий, информационных ресурсов сети интернет и баз данных специальных программных продуктов.

Самостоятельная работа аспирантов должна опираться на сформированные навыки и умения, приобретенные во время освоения предыдущих компонентов программы аспирантуры. Составляющим компонентом его работы должно стать творчество. В связи с этим рекомендуется:

1. Начинать подготовку к занятию со знакомства с рекомендованными и иными опубликованными научными публикациями.
2. Обратите внимание на структуру, композицию, язык публикации, время и историю его появления.
3. Определите основные идеи, принципы, тезисы, заложенные в публикацию.
4. Выясните, какой сюжет, часть изучаемой проблемы позволяет осветить проанализированный источник.
5. Проведите работу с незнакомыми медицинскими терминами и понятиями, для чего используйте словари медицинских терминов, энциклопедические словари, словари иностранных слов и др.

Необходимо ознакомиться с библиографией темы и вопроса, выбрать доступные Вам издания из списка основной литературы, специальной литературы, рекомендованной к лекциям и семинарам. Рекомендованные списки могут быть дополнены.

Используйте справочную литературу. Поиск можно продолжить, изучив примечания и сноски в уже имеющихся у Вас монографиях, статьях.

Работая с литературой по теме семинара, делайте выписки текста, содержащего характеристику или комментарий уже знакомого Вам источника. После чего вернитесь к тексту документа (желательно полному) и проведите его анализ уже в контексте изученной исследовательской литературы.

Возникающие на каждом этапе работы мысли следует записывать. Анализ документа следует сделать составной частью проработки вопросов семинара и выступления аспиранта на занятии. Общее знание проблемы, обсуждаемой на семинарском занятии, должно сочетаться с глубоким знанием источников.

Методические рекомендации по проведению тестирования

Целью тестовых заданий является контроль и самоконтроль знаний по предмету. Кроме того, тесты ориентированы и на закрепление изученного материала. Тестовые задания составляются таким образом, чтобы проверить знания по разным разделам дисциплины, а также стимулировать познавательные способности аспирантов.

Большая часть вопросов базируется на содержании курса по специальности. При этом некоторые вопросы в тестах рассчитаны на знания, полученные в ходе изучения аспирантами курса; другие ориентированы на знания, полученные в ходе освоения аспирантами курса. Выполнение тестовых заданий увеличивает быстроту усвоения материала, развивает четкость и ясность мышления, внимательность.

Методические указания по подготовке контрольных работ

Контрольная работа по дисциплине является одной из основных форм самостоятельной работы аспирантов, направленной на углубление теоретических знаний, развитие аналитических навыков и умение применять научно-методический инструментарий при решении исследовательских задач в области медицины.

Контрольная работа выполняется аспирантами в процессе изучения конкретной учебной дисциплины по одной или нескольким ранее изученным темам. Контрольная работа выполняется аспирантом в каждом семестре.

Она предназначена для контроля знаний программного материала, изучения рекомендованной литературы, умений решать типовые практические задачи и выполнения самостоятельной работы.

Выполнение контрольной работы способствует:

- Систематизации и закреплению теоретических знаний по дисциплине;
- Развитию навыков и самостоятельной исследовательской работы;
- Формированию умений анализировать научные концепции и подходы;
- Развитию критического мышления и способности формулировать обоснованные выводы.

Готовясь к контрольной работе аспирант должен выполнить все практические задания, задаваемые во время проведения занятий и прояснить вместе с преподавателем все непонятные вопросы.

Методические рекомендации по подготовке к зачету

Зачет по дисциплине является формой промежуточного контроля знаний аспирантов по разделам дисциплины и проводится с целью проверки уровня теоретических знаний и практических навыков.

На зачете аспирант получает два теоретических вопроса. Зачет оценивается по системе «зачтено», «не зачтено».

Для успешной сдачи зачета аспиранту необходимо выполнить несколько требований:

- 1) регулярно посещать аудиторские занятия по дисциплине; пропуск занятий не допускается без уважительной причины;
- 2) в случае пропуска занятия аспирант должен быть готов ответить на зачете на вопросы преподавателя, взятые из пропущенной темы;

3) аспирант должен точно в срок сдавать письменные работы на проверку и к следующему занятию удостовериться, что они зачтены.

Методические рекомендации по подготовке к кандидатскому экзамену

Организация и проведение кандидатских экзаменов в СурГУ регламентируется следующими документами: Постановлением Правительства Российской Федерации от 24.09.2013 г. №842 «О порядке присуждения ученых степеней», Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 28.03.2014 г. №247 «Порядок прикрепления лиц для сдачи кандидатских экзаменов, сдачи кандидатских экзаменов и их перечень»; СТО-2.12.11 «Порядок проведения кандидатских экзаменов».

Кандидатские экзамены являются формой промежуточной аттестации аспирантов, их сдача обязательна для присуждения ученой степени кандидата наук.

Формой промежуточной аттестации освоения дисциплины является экзамен. Результаты промежуточного контроля знаний оцениваются по 4-балльной шкале с оценками: «отлично»; «хорошо»; «удовлетворительно»; «неудовлетворительно».

Цель кандидатского экзамена по специальности 3.1.23. Дерматовенерология состоит в проверке приобретенных аспирантами знаний, касающихся важнейших проблем развития медицинской науки. Экзамен также ставит целью установить глубину профессиональных знаний соискателя ученой степени кандидата медицинских наук, уровень подготовленности к самостоятельной научно-исследовательской работе.

К экзамену допускаются аспиранты, не имеющие задолженности по дисциплинам учебного плана на момент сдачи экзамена. Аспирант, не сдавший кандидатский экзамен по специальности, считается незавершившим обучение в аспирантуре.

Экзамен по специальности включает обсуждение двух теоретических вопросов и собеседование по теме диссертации (третий вопрос) в соответствии с дополнительной программой кандидатского экзамена, утвержденной проректором по учебно-методической работе СурГУ.

Для успешной сдачи экзамена аспиранту необходимо выполнить несколько требований:

- 1) регулярно посещать аудиторные занятия по дисциплине; пропуск занятий не допускается без уважительной причины;
- 2) в случае пропуска занятия аспирант должен быть готов ответить на экзамене на вопросы преподавателя, взятые из пропущенной темы;
- 3) аспирант должен точно в срок сдавать письменные работы на проверку и к следующему занятию удостовериться, что они зачтены;
- 4) готовясь к очередному занятию по дисциплине, аспирант должен прочитать соответствующие разделы в учебниках, учебных пособиях, монографиях и пр., рекомендованных преподавателем в программе дисциплины, и быть готовым продемонстрировать свои знания; каждое участие аспиранта в обсуждении материала на практических занятиях отмечается преподавателем и учитывается при ответе на экзамене.