

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: КАН СЕРГЕЙ ЛЮДОВИКОВИЧ  
Должность: директор  
Дата подписания: 05.08.2018 16:46:55  
Уникальный программный ключ:  
4c5e1941193cc4692a1d3c5e0baad7e276d9a846

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**  
**Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал**  
**Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения**  
**дополнительного профессионального образования «Российская медицинская**  
**академия непрерывного профессионального образования»**



**УТВЕРЖДЕНО**  
Учебно-методической комиссией  
НГИУВ – филиала  
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России  
Протокол № 3 от «05» июля 2018 г.  
Председатель УМК  
С.Л. Кан

## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ**

**основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре**

по специальности 31.08.32 Дерматовенерология

### **Блок 1**

#### **Базовая часть Б1.Б.1**

Уровень образовательной программы: высшее образование.  
Подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения  
очная

**Новокузнецк, 2018**

Рабочая программа учебной дисциплины 31.08.32. Дерматовенерология разработана преподавателями кафедры дерматовенерологии в соответствии с учебным планом основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.32 Дерматовенерология

**Авторы рабочей программы:**

<b>№ пп.</b>	<b>Фамилия, имя, отчество</b>	<b>Ученая степень, звание</b>	<b>Занимаемая должность</b>
1.	Бурдина Анастасия Вадимовна	к.м.н.	доцент кафедры
2.	Коняхина Ирина Григорьевна	к.м.н.	заведующая кафедрой

Рабочая программа учебной дисциплины «Дерматовенерология» одобрена на заседании кафедры дерматовенерологии 07.09.2020 г. протокол № 5.



## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

**Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре:**

Рабочая программа учебной дисциплины «Дематовенерология» (далее – рабочая программа) относится к базовой части программы ординатуры и является обязательной для освоения обучающимися. Изучение дисциплины направлено на формирование компетенций врача, обеспечивающих выполнение основных видов деятельности врача.

**1.1. Цель программы** – подготовка квалифицированного врача-дерматовенеролога, способного и готового к самостоятельной профессиональной деятельности в дерматовенерологии на основе сформированных универсальных и профессиональных компетенций.

**1.2. Задачи программы:**  
сформировать знания:

*Профилактическая деятельность:*

- 1) организация профилактических и противоэпидемических мероприятий с целью предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний кожи и ИППП;
- 2) знать принципы диспансерного наблюдения за пациентами, страдающими хроническими дерматозами с целью предотвращения рецидивирования, распространения заболеваний, а также возникновения осложнений процессов.
- 3) знать лабораторные показатели эффективности терапии и критерии диагностики ранних и поздних осложнений инфекций, передаваемых половым путем
- 4) правила проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;
- 5) принципы применения вакцинопрофилактики инфекционных и вирусных заболеваний кожи в разных возрастных группах;
- 6) профилактические мероприятия с учетом диагноза в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;
- 7) применение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

*Диагностическая деятельность:*

- 8) о возрастных анатомо-физиологические особенности кожи и слизистых, взаимосвязи кожи с другими органами и системами, их регуляцию;
- 9) диагностику заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- 10) методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья пациента, течения дерматоза, определения наличия осложнений, вовлечения органов малого таза в воспалительный процесс; правила интерпретации их результатов;
- 11) диагностику неотложных состояний в дерматовенерологии;
- 12) диагностику беременности;
- 13) организацию проведения медицинской экспертизы, в том числе у пациентов с

заболеваниями кожи и инфекциями, передающимися половым путём (далее – ИППП);

*Лечебная деятельность:*

- 14) порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации, стандарты, протоколы лечения по вопросам оказания медицинской помощи;
- 15) этиологию, патогенез, патоморфологию, клинику, дифференциальную диагностику, осложнения, особенности течения и исходы заболеваний кожи, в том числе наследственных болезней и пороков развития кожи и инфекций передаваемых половым путем;
- 16) основные и патогномичные дерматовенерологические симптомы и синдромы;
- 17) о современных классах лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в дерматовенерологии в соответствии с действующим законодательством, порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, стандартам, протоколам лечения по вопросам оказания медицинской помощи;
- 18) механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением;
- 19) механизм действия немедикаментозного лечения, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения и побочные эффекты, вызванные их применением;
- 20) о новейших технологиях и методиках в сфере своих профессиональных интересов;
- 21) методику и правила оказания скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

*Реабилитационная деятельность:*

- 22) порядок экспертизы временной нетрудоспособности и признаки временной нетрудоспособности пациента, направления пациента на медико-социальную экспертизу;
- 23) правила оформления и выдачи медицинских документов при направлении пациентов для оказания специализированной медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение, на медико-социальную экспертизу;
- 24) мероприятия по медицинской реабилитации пациента, медицинские показания и противопоказания к их проведению с учетом диагноза в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;
- 25) медицинские показания и противопоказания к назначению санаторно-курортного лечения в качестве этапа медицинской реабилитации пациента
- 26) особенности медицинской реабилитации пациентов разной возрастной категории.

*Психолого-педагогическая деятельность:*

- 27) формы и методы санитарно-просветительской работы по формированию здорового образа жизни, профилактике распространения ИППП, борьбы с употреблением алкоголя, психотропных и наркотических средств;
- 28) формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

*Организационно-управленческая деятельность:*

- 29) организацию дерматологической службы, объем рекомендуемого обследования в поликлинике, показания к госпитализации в дерматовенерологический стационар, объем рекомендуемого обследования в дерматовенерологическом стационаре;
- 30) организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных

- подразделений;
- 31) организация проведения медицинской экспертизы;
  - 32) организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам дерматовенерологического профиля;
  - 33) ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
  - 34) создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
  - 35) основные требования информационной безопасности
  - 36) техники безопасности и охраны труда при контакте с пациентами с заразными кожными заболеваниями и инфекциями, передаваемым половым путем;

сформировать умения:

- 1) диагностировать дерматологические заболевания и ИППП у пациентов на основании владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- 2) определять очередность объема, содержания и последовательность диагностических мероприятий;
- 3) анализировать результаты лабораторных исследований;
- 4) составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста больного, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;
- 5) оказывать специализированную медицинскую помощь больным с заболеваниями кожи и ИППП: назначить лекарственные препараты, лечебное питание, немедикаментозное лечение, медицинские изделия с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;
- 6) самостоятельной работы с аппаратурой, приборами, инструментарием и материалами в диагностической и лечебной деятельности врача-дерматовенеролога
- 7) оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания;
- 8) диагностировать и выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи при неотложных состояниях в дерматологии;
- 9) прогнозировать ближайшие и отдаленные последствия течения заболевания; дать рекомендации для дальнейшего амбулаторного ведения больного;
- 10) рекомендовать меры профилактики обострений;
- 11) определять признаки временной нетрудоспособности и признаки острого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями;
- 12) определять медицинские показания, определять врачей-специалистов, выполнять мероприятия медицинской реабилитации в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;
- 13) назначать санаторно-курортное лечение пациенту, нуждающемуся в медицинской реабилитации в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;
- 14) проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами;
- 15) проводить вакцинопрофилактику инфекционных заболеваний у населения в

- соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями;
- 16) проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции;
  - 17) разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, по профилактике распространения ИППП, борьбы с употреблением алкоголя, психотропных и наркотических средств;
  - 18) оформлять и вести медицинскую, учетную и отчетную документацию, в том числе в электронном виде;
  - 19) обеспечивать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.

сформировать навыки:

- 1) владеть методами комплексного обследования дерматовенерологических больных;
- 2) анализировать полученную информацию от пациентов и их родственников;
- 3) проводить и интерпретировать результаты физикальных исследований с использованием современно диагностического оборудования;
- 4) выполнять диагностические манипуляции в соответствии с квалификационной характеристикой на современном диагностическом оборудовании;
- 5) постановки диагноза основных дерматологических процессов на основании клинико-анамнестического сопоставления полученных данных, лабораторных исследований;
- 6) проведения противоэпидемиологических мероприятий при выявлении особо опасных инфекций и ИППП;
- 7) построения дифференциального ряда и постановки правильного диагноза на основании диагностических критериев.
- 8) ведения документации в стационаре, амбулаторно- поликлинической службе.

**1.3. Трудоемкость освоения рабочей программы:** 32 зачетных единиц, что составляет 1152 академических часов.

**1.4. Нормативно-правовые документы, регламентирующие образовательную деятельность:**

- 1) Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология» (Зарегистрировано в Минюсте России 21.12.2012 № 26302)
- 2) Конституция Российской Федерации;
- 3) Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- 4) Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016) («Собрание законодательства РФ», 28.11.2011, № 48, ст. 6724);
- 5) Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1074 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.32 Дерматовенерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»
- 6) Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам подготовки кадров высшей квалификации» (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 28.01.2014, регистрационный № 31137);
- 7) Стандарты и порядки оказания медицинской помощи по профилю «Дерматология»

- 8) Устав ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.

## 2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ

**2.1.** Обучающийся, успешно освоивший программу, будет обладать универсальными компетенциями:

- 1) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- 2) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

**2.2.** Обучающийся, успешно освоивший программу, будет обладать профессиональными компетенциями:

- 1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- 2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- 3) готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)(ПК-5);
- 4) готовностью к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК-6);
- 5) готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);
- 6) готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9).

### 2.3. Паспорт формируемых компетенций

Индекс компетенции	Знания, умения, навыки, опыт деятельности	Форма контроля
УК-1	<p><u>Знания:</u> анатомии и физиологии кожи, особенности строения и физиологии кожи у детей, иммунитет и иммунопатологические реакции кожи, инфекционные, неинфекционные и грибковые болезни кожи и ее придатков, а также ИППП</p> <p><u>Умения:</u> анализировать полученные данные, подобрать персонализированное лечение и методы профилактики пациентам с кожными болезнями и инфекциями передаваемым половым путем</p> <p><u>Навыки:</u> – сбора и обработки информации по</p>	Т/К П/А



	<p>профессиональным проблемам</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– выбора методов и средств решения учебных и профессиональных задач</li> </ul> <p><u>Опыт деятельности:</u> опыт анализа и синтеза информации, поиск взаимосвязей, взаимозависимостей с целью решения клинических профессиональных задач</p>	
УК-2	<p><u>Знания:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– понятия толерантности;</li> <li>– проблемы толерантного восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий пациентов;</li> <li>– социальных особенностей контингента пациентов;</li> <li>– национальных особенностей различных народов, религий;</li> <li>– психологических, социологических закономерностей и принципов межличностного взаимодействия.</li> </ul> <p><u>Умения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– уважительно принимать особенности других культур, способов самовыражения и проявления человеческой индивидуальности в различных социальных группах;</li> <li>– терпимо относиться к другим людям, отличающимся по их убеждениям, ценностям и поведению;</li> <li>– сотрудничать с людьми, различающимися по внешности, языку, убеждениям, ценностям и поведению;</li> </ul> <p><u>Навыки:</u> владения методиками социального взаимодействия с людьми разных возрастных и социальных групп</p> <p><u>Опыт деятельности:</u> взаимодействие с людьми разных возрастных и социальных групп</p>	Т/К П/А
ПК-1	<p><u>Знания:</u> мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья; основы здорового образа жизни и предупреждения возникновения или распространения заболеваний, их ранней диагностики; причины и условия возникновения и развития заболеваний кожи и ИППП</p> <p><u>Умения:</u> выделить причины, условия возникновения и (или) распространение заболеваний; факторы среды, оказывающие вредное влияние на здоровье человека</p> <p><u>Навыки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– обучать пациентов контролировать свое заболевание;</li> <li>– оценивать эффективность профилактических мероприятий;</li> <li>– индивидуальных факторов риска конкретного пациента и членов его семьи.</li> </ul> <p><u>Опыт деятельности:</u> Проведение профилактической работы</p>	Т/К П/А
ПК-2	<p><u>Знания:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья, санитарных правил и норм;</li> <li>– нормативных правовых актов и иных документов,</li> </ul>	Т/К П/А

	<p>регламентирующих порядка проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– основные принципы по осуществлению диспансерного наблюдения пациентов с различной патологией кожи и ее придатков, с целью профилактики рецидивов и осложнений</li> </ul> <p><u>Умения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– проводить профилактические медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами;</li> <li>– проводить диспансеризацию населения и осуществлять диспансерное наблюдение в амбулаторно-поликлинических условиях.</li> </ul> <p><u>Навыки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– работать со стандартами оказания медицинских услуг;</li> <li>– организация стационар-замещающих форм.</li> </ul> <p><u>Опыт деятельности:</u></p> <p>опыт выделения профессиональных заболеваний у пациентов, нуждающихся в дальнейшем диспансерном наблюдении</p> <p>проведение профилактической деятельности.</p>	
ПК-5	<p><u>Знания:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– порядков, стандартов, клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи;</li> <li>– закономерностей функционирования здорового организма человека и механизмов обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем, особенностей регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах;</li> <li>– методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинских показания к проведению исследований, правил интерпретаций результатов;</li> <li>– этиологии, патогенеза, клинической картины, диагностики, дифференциальной диагностики инфекционных, неинфекционных, грибковых заболеваний кожи и ее придатков, а также ЗППП</li> </ul> <p><u>Умения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– обосновать необходимость и объем лабораторного и инструментального обследований пациентов;</li> <li>– анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости планировать объем дополнительных исследований;</li> <li>– определять патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ и проблемы, связанные со здоровьем</li> </ul> <p><u>Навыки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– владеть методами лабораторной и инструментальной диагностики болезней кожи и ее придатков, уметь оценить</li> </ul>	Т/К П/А

	полученные результаты	
	<u>Опыт</u> выделение дифференциально- диагностического ряда дерматозов и других патологических состояний кожи и ее придатков, постановки предварительного и окончательного диагнозов в соответствии с МКБ	
ПК-6	<p><u>Знания:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– порядков, стандартов, клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи;</li> <li>– закономерностей функционирования здорового организма человека и механизмов обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем, особенностей регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах;</li> <li>– этиологии, патогенеза, клинической картины, диагностики, дифференциальной диагностики инфекционных, неинфекционных, грибковых заболеваний кожи и ее придатков, а также ЗППП;</li> <li>– современные классы лекарственных препаратов и форм, применяемых в дерматовенерологии;</li> <li>– о новейших технологиях и методиках лечения в сфере своих профессиональных интересов;</li> <li>– принципов и методов лечения дерматологических больных, рекомендуемые и альтернативные схемы лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями;</li> </ul> <p><u>Умения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, и анализировать полученную информацию;</li> <li>– проводить полное физикальное обследование пациента и интерпретировать его результаты;</li> <li>– анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований;</li> <li>– проводить дифференциальную диагностику заболеваний кожи, ее придатков и ЗППП;</li> <li>– выбрать лекарственную форму препарата в зависимости от клинической картины заболевания;</li> <li>– грамотно курировать и лечить пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями, включая назначение противорецидивной терапии, медикаментозного и немедикаментозного лечения;</li> <li>– оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания.</li> </ul> <p><u>Навыки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– консультирование пациентов при различных состояниях, заболеваниях</li> <li>– оценка данных дополнительных методов обследования для создания клинической концепции при различных состояниях и заболеваниях;</li> </ul>	Т/К П/А

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– выбор индивидуальных методов и тактики ведения и лечения пациентов при различных состояниях и заболеваниях;</li> <li>– владеть методами, используемыми в лечении кожных и венерических заболеваний: общая и наружная терапия (антибактериальная, противовирусная, гормональная, антигистаминная терапия, витаминотерапия, иммунотерапия);</li> <li>– владеть основами и принципами выбора физиотерапии и тактики ведения пациентов с ИППП, навыками подбора лечения и тактики ведения пациентов с ИППП: бужирование уретры, тампонада уретры по Вашкевичу, инстилляция, ванночки, промывание и т.д.</li> <li>– обучение пациентов и членов их семей контролю за течением заболеваний.</li> </ul> <p><u>Опыт деятельности:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– осуществление диагностической деятельности;</li> <li>– персонализированный подход к лечению дерматовенерологических больных с выбором дальнейшей тактики ведения пациентов с целью профилактики осложнений и рецидивов заболевания, а также предотвращения распространения заразных процессов</li> <li>– осуществление организационно-управленческой деятельности.</li> </ul>	
ПК-8	<p><u>Знания:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– современные методы немедикаментозного лечения болезней и состояний у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</li> <li>– механизм действия немедикаментозного лечения, медицинских показаний и противопоказаний к их применению, осложнений, вызванных их применением.</li> </ul> <p><u>Умения:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапию и другие методы у пациентов, с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;</li> </ul> <p><u>Навыки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– выбор индивидуальных методов реабилитации и санаторно-курортного лечения при различных состояниях и заболеваниях;</li> <li>– создание индивидуальных рекомендаций по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению для пациентов и членов их семей с целью профилактики различных заболеваний и состояний.</li> </ul> <p><u>Опыт деятельности:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– осуществление диагностической деятельности;</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– осуществление лечебной деятельности;</li> <li>– осуществление организационно-управленческой деятельности.</li> </ul>	
ПК-9	<u>Знания:</u> Знать основы здорового образа жизни, методы профилактики инфекционных заболеваний кожи и ИППП	Т/К П/А
	<u>Умения:</u> уметь формировать у пациентов и членов их семей мотивации, направленные на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	
	<u>Навыки:</u> владеть психолого-педагогическими навыками с целью мотивирования населения, пациентов и членов их семей на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	
	<u>Опыт деятельности:</u> ординатор приобретает опыт сохранения и укрепления здоровья пациентов и их окружения	

### 3. СОДЕРЖАНИЕ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

Код	Наименование тем, элементов и подэлементов	Индексы компетенций
<b>Б1.Б.1</b>	<b>Дерматовенерология</b>	УК-1,2, ПК-1,2,5,6,8,9
<b>Б1.Б1.1</b>	<b>Общая дерматология. Инфекционные заболевания кожи</b>	УК-1,2, ПК-1,2,5,6,8,9
<b>Б1.Б1.1.1.</b>	<b>Общая дерматология</b>	УК-1, ПК-2,5,6
Б1.Б1.1.1.1	Анатомия и физиология кожи.	УК-1, ПК-5
Б1.Б1.1.1.2	Особенности строения и физиологии кожи у детей	УК-1, ПК-5
Б1.Б1.1.1.3	Принципы лечения кожных болезней	УК-1
Б1.Б1.1.1.4	Основы диагностики кожных болезней	УК-1, ПК-2,5
Б1.Б1.1.1.5	Иммунитет и иммунопатологические реакции	УК-1, ПК-6
<b>Б1.Б1.1.2</b>	<b>Инфекционные заболевания кожи</b>	УК-1,2, ПК-1,5,6,8,9
Б1.Б1.1.2.1	Пиодермии.	УК-1,2, ПК-1,5,6
Б1.Б1.1.2.2	Поражения кожи при общих инфекционных заболеваниях	УК-1,2, ПК-1,5,6
Б1.Б1.1.2.3	Вирусные заболевания кожи	УК-1, ПК-1,5,6
Б1.Б1.1.2.4	Инфекционные эритемы	УК-1, ПК-5,6,9
Б1.Б1.1.2.5	Лепра	УК-1, ПК-1,5,6
Б1.Б1.1.2.6	Туберкулез кожи	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.1.2.7	Миазы	УК-1, ПК-5,6
Б1.Б1.1.2.8	Протозоозы.	УК-1, ПК-5,6
Б1.Б1.1.2.9	Трепонемотозы	УК-1, ПК-5,6
Б1.Б1.1.2.10	Лептоспирозы	УК-1, ПК-5,6
Б1.Б1.1.2.11	Дерматозоозы	УК-1, ПК-1,5,6
<b>Б1.Б1.2</b>	<b>Неинфекционные болезни кожи</b>	УК-1,2, ПК-1,2,5,6,8
Б1.Б1.2.1	Дерматиты и токсикодермии. Лекарственные поражения кожи	УК-1, ПК-1,5,6
Б1.Б1.2.2	Профессиональные болезни кожи	УК-1, ПК-1,2,5,6,8
Б1.Б1.2.3	Парапсориаз	УК-1, ПК-5,6,8
Б1.Б1.2.4	Васкулиты кожи	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.5	Акне	УК-1,2, ПК-5,6,8
Б1.Б1.2.6	Красная волчанка	УК-1,2, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.7	Дерматомиозит	УК-1, ПК-5,6,8
Б1.Б1.2.8	Склеродермия	УК-1, ПК-1, 5,6,8
Б1.Б1.2.9	Пузырные дерматозы.	УК-1, ПК-5,6,8
Б1.Б1.2.10	Гиперкератозы	УК-1, ПК-5,6
Б1.Б1.2.11	Дисхромические дерматозы	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.12	Фотодерматозы	УК-1, ПК-1,5,6

<b>Код</b>	<b>Наименование тем, элементов и подэлементов</b>	<b>Индексы компетенций</b>
Б1.Б1.2.13	Экзема.	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.14	Розацеа	УК-1,2, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.15	Атопический дерматит	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.16	Лихены	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.17	Псориаз	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.18	Болезни слизистых оболочек и красной каймы губ	УК-1, ПК-1,5,6
Б1.Б1.2.19	Себорейный дерматит	УК-1, ПК-5,6
Б1.Б1.2.20	Болезни волос	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.21	Алопеции	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.22	Гемодермии и лимфомы кожи.	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.23	Поражения кожи при заболеваниях внутренних органов и систем, нарушениях обмена веществ	УК-1,2, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.24	Наследственные дерматозы	УК-1,2, ПК-5,6,8
Б1.Б1.2.25	Предрак кожи и слизистых оболочек	УК-1, ПК-5,6,8
Б1.Б1.2.26	Опухоли кожи	УК-1,2, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.27	Периоральный дерматит	УК-1, ПК-1,5,6,8
<b>Б1.Б1.3</b>	<b><i>Грибковые болезни кожи</i></b>	УК-1, ПК 1,5,6
<b>Б1.Б1.3.1</b>	<b>Общая микология</b>	ПК-5
<b>Б1.Б1.3.2</b>	<b>Поверхностные микозы</b>	УК-1, ПК-5,6
<b>Б1.Б1.3.3</b>	<b>Дерматомикозы</b>	УК-1, ПК-1,5,6,9
Б1.Б1.3.3.1	Микроспория	УК-1, ПК-1,5,6
Б1.Б1.3.3.2	Трихофития	УК-1, ПК-1,5,6
Б1.Б1.3.3.3	Фавус	УК-1, ПК-1,5,6
Б1.Б1.3.3.4	Диагностика дерматомикозов	УК-1, ПК-5
Б1.Б1.3.3.5	Лечение дерматомикозов	УК-1, ПК-6
Б1.Б1.3.3.6	Микозы стоп	УК-1, ПК 1,5,6,9
<b>Б1.Б1.3.4.</b>	<b>Другие микозы</b>	УК-1, ПК-1,5,6,
Б1.Б1.3.4.1	Кандидоз	УК-1, ПК-1,5,6,
Б1.Б1.3.4.2	Плесневые микозы	УК-1, ПК-5,6,
Б1.Б1.3.4.3	Профессиональные микозы	УК-1, ПК-1,5,6
Б1.Б1.3.4.4	Глубокие микозы	УК-1, ПК-5,6
Б1.Б1.3.4.5	Псевдомикозы поверхностные и глубокие	УК-1, ПК-5,6
<b>Б1.Б1.4</b>	<b><i>Венерология. Сифилис</i></b>	УК-1,2, ПК-1,5,6,9
<b>Б1.Б1.4.1</b>	<b>Сифилис</b>	УК-1, ПК-1,5,6,9
<b>Б1.Б1.4.2</b>	<b>Малые венерические заболевания:</b> шанкроид, венерическая лимфогранулема, паховая гранулема, тропические трепонематозы.	УК-1,2, ПК-1,5,6,9
<b>Б1.Б1.5</b>	<b><i>Венерология. Гонорея и негонорейные заболевания мочеполовых органов</i></b>	УК-1, ПК-1,5,6,9
<b>Б1.Б1.5.1.</b>	<b>Гонорея</b>	УК-1, ПК-1,5,6,9
<b>Б1.Б1.5.2.</b>	<b>Экстрагенитальные формы гонорей</b>	УК-1, ПК-1,5,6,9
<b>Б1.Б1.5.3.</b>	<b>Негонорейные заболевания мочеполовых органов</b>	УК-1, ПК-1,5,6,9
Б1.Б1.5.3.1	Трихомоноз.	УК-1, ПК-1,5,6,9
Б1.Б1.5.3.2	Хламидиоз. Хламидийные заболевания и синдромы.	УК-1, ПК-1,5,6,9
Б1.Б1.5.3.3	Вирусные заболевания	УК-1, ПК-1,5,6,9
Б1.Б1.5.3.4	Микоплазмоз	УК-1, ПК-1,5,6,9
Б1.Б1.5.3.5	Уреаплазмоз	УК-1, ПК-1,5,6,9
Б1.Б1.5.3.6	Бактериальный вагиноз	УК-1, ПК-1,5,6

#### 4. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

**4.1. Сроки обучения:** первый и второй семестр обучения в ординатуре в соответствии с учебным планом и календарным учебным графиком программы ординатуры

**4.2. Вид контроля:** дифференцированный зачет

Виды учебной работы	Кол-во часов/зачетных единиц
<b>Обязательная аудиторная работа (всего)</b>	<b>768 часов/ 21 з.е.</b>
<b>в том числе:</b>	
- лекции	76
- семинары	418
- практические занятия	274
<b>Внеаудиторная (самостоятельная) работа ординатора</b>	<b>384 часов/ 11з.е.</b>
<b>в том числе:</b>	
- изучение тем, вынесенных на самостоятельную проработку	384 часов/11 з.е.
<b>Итого:</b>	<b>1152 часа/ 32 з.е.</b>

#### 4.3. Разделы учебной дисциплины и виды занятий

Код	Название раздела дисциплины	Всего	Кол-во часов/зачетных единиц				Индексы формируемых компетенций
			Л	СЗ	ПЗ	СР	
<i>Б1.Б.1</i>	Дерматовенерология	<b>1152</b>	<b>76</b>	<b>418</b>	<b>274</b>	<b>384</b>	УК-1,2, ПК-1,2,5,6,8,9
<i>Б1.Б1.1</i>	<i>Общая дерматология. Инфекционные заболевания кожи</i>	<b>216</b>	<b>17</b>	<b>98</b>	<b>29</b>	<b>72</b>	УК-1,2, ПК-1,2,5,6,8,9
<i>Б1.Б1.1.1.</i>	<b>Общая дерматология</b>	<b>72</b>	<b>5</b>	<b>30</b>	<b>13</b>	<b>24</b>	УК-1, ПК-2,5,6
Б1.Б1.1.1.1	Анатомия и физиология кожи	18	2	6	4	6	УК-1, ПК-5
Б1.Б1.1.1.2	Особенности строения и физиологии кожи у детей	9		6		3	УК-1, ПК-5
Б1.Б1.1.1.3	Принципы лечения кожных болезней	15	1	6	3	5	УК-1
Б1.Б1.1.1.4	Основы диагностики кожных болезней	15	1	3	6	5	УК-1, ПК-2,5
Б1.Б1.1.1.5	Иммунитет и иммунопатологические реакции	15	1	9		5	УК-1, ПК-6
<i>Б1.Б1.1.2</i>	<b>Инфекционные заболевания кожи</b>	<b>144</b>	<b>12</b>	<b>68</b>	<b>16</b>	<b>48</b>	УК-1,2, ПК-1,5,6,8,9
Б1.Б1.1.2.1	Пиодермии.	18	2	7	3	6	УК-1,2, ПК-1,5,6
Б1.Б1.1.2.2	Поражения кожи при общих инфекционных заболеваниях	18	2	7	3	6	УК-1,2, ПК-1,5,6
Б1.Б1.1.2.3	Вирусные заболевания кожи	18	2	6	4	6	УК-1, ПК-1,5,6
Б1.Б1.1.2.4	Инфекционные эритемы	18	2	7	3	6	УК-1, ПК-5,6,9
Б1.Б1.1.2.5	Лепра	12	1	7		4	УК-1, ПК-1,5,6

Б1.Б1.1.2.6	Туберкулез кожи	12	2	6		4	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.1.2.7	Миазы	9		6		3	УК-1, ПК-5,6
Б1.Б1.1.2.8	Протозоозы.	9		6		3	УК-1, ПК-5,6
Б1.Б1.1.2.9	Трепонематозы	9		6		3	УК-1, ПК-5,6
Б1.Б1.1.2.10	Лептоспирозы	9		6		3	УК-1, ПК-5,6
Б1.Б1.1.2.11	Дерматозоозы	12	1	4	3	4	УК-1, ПК-1,5,6,9
<b>Б1.Б1.2</b>	<b>Неинфекционные болезни кожи</b>	<b>555</b>	<b>37</b>	<b>198</b>	<b>135</b>	<b>185</b>	УК-1,2, ПК-1,2,5,6,8
Б1.Б1.2.1	Дерматиты и токсикодермии. Лекарственные поражения кожи	21	2	8	4	7	УК-1, ПК-1,5,6
Б1.Б1.2.2	Профессиональные болезни кожи	21	1	8	5	7	УК-1, ПК-1,2,5,6,8
Б1.Б1.2.3	Парапсориаз	18	1	8	3	6	УК-1, ПК-5,6,8
Б1.Б1.2.4	Васкулиты кожи	24	2	8	6	8	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.5	Акне	18	2	8	2	6	УК-1,2, ПК-5,6,8
Б1.Б1.2.6	Красная волчанка	24	2	8	6	8	УК-1,2, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.7	Дерматомиозит	15		8	2	5	УК-1, ПК-5,6,8
Б1.Б1.2.8	Склеродермия	24	2	9	5	8	УК-1, ПК-1, 5,6,8
Б1.Б1.2.9	Пузырные дерматозы.	27	2	12	4	9	УК-1, ПК-5,6,8
Б1.Б1.2.10	Гиперкератозы	18	1	5	6	6	УК-1, ПК-5,6
Б1.Б1.2.11	Дисхромические дерматозы	18		6	6	6	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.12	Фотодерматозы	18	1	5	6	6	УК-1, ПК-1,5,6
Б1.Б1.2.13	Экзема.	21	2	8	4	7	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.14	Розацеа	24	2	8	6	8	УК-1,2, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.15	Атопический дерматит	24	2	9	5	8	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.16	Лихены	24	2	9	5	8	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.17	Псориаз	24	2	9	5	8	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.18	Болезни слизистых оболочек и красной каймы губ	21	2	8	4	7	УК-1, ПК-1,5,6
Б1.Б1.2.19	Себорейный дерматит	15	1	3	6	5	УК-1, ПК-5,6
Б1.Б1.2.20	Болезни волос	18	1	5	6	6	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.21	Алопеции	15	1	3	6	5	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.22	Гемодермии и лимфомы кожи.	24	1	7	8	8	УК-1, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.23	Поражения кожи при заболеваниях внутренних органов и систем, нарушениях обмена веществ	21	2	6	6	7	УК-1,2, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.24	Наследственные дерматозы	24	1	8	7	8	УК-1,2, ПК-5,6,8
Б1.Б1.2.25	Предрак кожи и слизистых оболочек	15		5	5	5	УК-1, ПК-5,6,8
Б1.Б1.2.26	Опухоли кожи	24	1	12	3	8	УК-1,2, ПК-1,5,6,8
Б1.Б1.2.27	Периоральный дерматит	15	1	5	4	5	УК-1, ПК-1,5,6,8
<b>Б1.Б1.3</b>	<b>Грибковые болезни кожи</b>	<b>162</b>	<b>10</b>	<b>60</b>	<b>38</b>	<b>54</b>	УК-1, ПК 1,5,6,9
Б1.Б1.3.1	<b>Общая микология</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>9</b>		<b>5</b>	ПК-5
Б1.Б1.3.2	<b>Поверхностные микозы</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	УК-1, ПК-5,6
Б1.Б1.3.3	<b>Дерматомикозы</b>	<b>72</b>	<b>5</b>	<b>27</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	УК-1, ПК-1,5,6,9
Б1.Б1.3.3.1	Микроспория	12	1	5	2	4	УК-1, ПК-1,5,6
Б1.Б1.3.3.2	Трихофития	12	1	5	2	4	УК-1, ПК-1,5,6
Б1.Б1.3.3.3	Фавус	12	1	4	3	4	УК-1, ПК-1,5,6
Б1.Б1.3.3.4	Диагностика дерматомикозов	12		3	5	4	УК-1, ПК-5
Б1.Б1.3.3.5	Лечение дерматомикозов	12	1	5	2	4	УК-1, ПК-6
Б1.Б1.3.3.6	Микозы стоп	12	1	5	2	4	УК-1, ПК 1,5,6,9
<b>Б1.Б1.3.4.</b>	<b>Другие микозы</b>	<b>63</b>	<b>3</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	<b>21</b>	УК-1, ПК-1,5,6,
Б1.Б1.3.4.1	Кандидоз	15	1	5	4	5	УК-1, ПК-1,5,6,



Б1.Б1.3.4.2	Плесневые микозы	15		3	7	5	УК-1, ПК-5,6,
Б1.Б1.3.4.3	Профессиональные микозы	12	1	4	3	4	УК-1, ПК-1,5,6
Б1.Б1.3.4.4	Глубокие микозы	12	1	6	1	4	УК-1, ПК-5,6
Б1.Б1.3.4.5	Псевдомикозы поверхностные и глубокие	9		3	3	3	УК-1, ПК-5,6
<b>Б1.Б1.4</b>	<b><i>Венерология. Сифилис</i></b>	<b>72</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>27</b>	<b>24</b>	УК-1,2, ПК-1,5,6,9
<b>Б1.Б1.4.1.</b>	<b>Сифилис</b>	48	2	9	21	16	УК-1, ПК-1,5,6,9
<b>Б1.Б1.4.2.</b>	<b>Малые венерические заболевания:</b> шанкроид, венерическая лимфогранулема, паховая гранулема, тропические трепонематозы.	24	1	9	6	8	УК-1,2, ПК-1,5,6,9
<b>Б1.Б1.5</b>	<b><i>Венерология. Гонорея и негонорейные заболевания мочеполовых органов</i></b>	<b>147</b>	<b>9</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>49</b>	УК-1, ПК-1,5,6,9
<b>Б1.Б1.5.1.</b>	<b>Гонорея</b>	<b>18</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	УК-1, ПК-1,5,6,9
<b>Б1.Б1.5.2.</b>	<b>Экстрагенитальные формы гонореи</b>	<b>18</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	УК-1, ПК-1,5,6,9
<b>Б1.Б1.5.3.</b>	<b>Негонорейные заболевания мочеполовых органов</b>	<b>111</b>	<b>7</b>	<b>35</b>	<b>32</b>	<b>37</b>	УК-1, ПК-1,5,6,9
Б1.Б1.5.3.1	Трихомоноз	18	1	6	5	6	УК-1, ПК-1,5,6,9
Б1.Б1.5.3.2	Хламидиоз. Хламидийные заболевания и синдромы	18	1	6	5	6	УК-1, ПК-1,5,6,9
Б1.Б1.5.3.3	Вирусные заболевания	18	2	6	4	6	УК-1, ПК-1,5,6,9
Б1.Б1.5.3.4	Микоплазмоз	18	1	6	5	6	УК-1, ПК-1,5,6,9
Б1.Б1.5.3.5	Уреаплазмоз	18	1	6	5	6	УК-1, ПК-1,5,6,9
Б1.Б1.5.3.6	Бактериальный вагиноз	21	1	5	8	7	УК-1, ПК-1,5,6
<b>Итого</b>		<b>1152</b>	<b>76</b>	<b>418</b>	<b>274</b>	<b>384</b>	

#### 4.4. Лекционные занятия

Лекция включает в себя вопросы учебной темы, основные дефиниции, современное состояние и пути теоретических исследований и практического применения новых знаний в области предмета и объекта учебной дисциплины.

##### Тематика лекционных занятий:

1. Анатомия и физиология кожи.
2. Принципы лечения кожных болезней
3. Основы диагностики кожных болезней
4. Иммуитет и иммунопатологические реакции
5. Пиодермии.
6. Поражения кожи при общих инфекционных заболеваниях
7. Вирусные заболевания кожи
8. Инфекционные эритемы
9. Лепра
10. Туберкулез кожи
11. Дерматозоозы
12. Дерматиты и токсикодермии. Лекарственные поражения кожи
13. Профессиональные болезни кожи
14. Парасориаз
15. Васкулиты кожи

16. Акне
17. Красная волчанка
18. Склеродермия
19. Пузырные дерматозы
20. Гиперкератозы
21. Фотодерматозы
22. Экзема
23. Розацеа
24. Атопический дерматит
25. Лихены
26. Псориаз
27. Болезни слизистых оболочек и красной каймы губ
28. Себорейный дерматит
29. Болезни волос
30. Алопеции
31. Гемодермии и лимфомы кожи.
32. Поражения кожи при заболеваниях внутренних органов и систем, нарушениях обмена веществ
33. Наследственные дерматозы
34. Предрак кожи и слизистых оболочек
35. Опухоли кожи
36. Перiorальный дерматит
37. Общая микология
38. Поверхностные микозы
39. Микроспория
40. Трихофития
41. Фавус
42. Лечение дерматомикозов
43. Микозы стоп
44. Кандидоз
45. Профессиональные микозы
46. Глубокие микозы
47. Сифилис
48. Малые венерические заболевания
49. Гонорея
50. Экстрагенитальные формы гонореи
51. Трихомониаз.
52. Хламидиоз. Хламидийные заболевания и синдромы.
53. Вирусные заболевания
54. Микоплазмоз
55. Уреаплазмоз
56. Бактериальный вагиноз

#### 4.5. Семинарские занятия

Семинарские занятия используются для реализации поставленных целей и решения поставленных задач программы. По форме семинары могут быть: вводный, обзорный, поисковый; семинар с индивидуальной работой, с групповой работой или в группах по выбору; семинар генерации идей, семинар «круглый стол», рефлексивный семинар.

##### Тематика семинарских занятий:

- 1) Анатомия и физиология кожи.
- 2) Особенности строения и физиологии кожи у детей
- 3) Принципы лечения кожных болезней
- 4) Основы диагностики кожных болезней
- 5) Иммунитет и иммунопатологические реакции
- 6) Пиодермии
- 7) Поражения кожи при общих инфекционных заболеваниях
- 8) Вирусные заболевания кожи
- 9) Инфекционные эритемы
- 10) Лепра
- 11) Туберкулез кожи
- 12) Миазы
- 13) Протозоозы.
- 14) Трепонематозы
- 15) Лептоспирозы
- 16) Дерматозоозы
- 17) Дерматиты и токсикодермии. Лекарственные поражения кожи
- 18) Профессиональные болезни кожи
- 19) Парапсориаз
- 20) Васкулиты кожи
- 21) Акне
- 22) Красная волчанка
- 23) Дерматомиозит
- 24) Склеродермия
- 25) Пузырные дерматозы.
- 26) Гиперкератозы
- 27) Дисхромические дерматозы
- 28) Фотодерматозы
- 29) Экзема.
- 30) Розацеа
- 31) Атопический дерматит
- 32) Лихены
- 33) Псориаз
- 34) Болезни слизистых оболочек и красной каймы губ
- 35) Себорейный дерматит
- 36) Болезни волос
- 37) Алопеции

- 38) Гемодермии и лимфомы кожи.
- 39) Поражения кожи при заболеваниях внутренних органов и систем, нарушениях обмена веществ
- 40) Наследственные дерматозы
- 41) Предрак кожи и слизистых оболочек
- 42) Опухоли кожи
- 43) Перiorальный дерматит
- 44) Общая микология
- 45) Поверхностные микозы
- 46) Микроспория
- 47) Трихофития
- 48) Фавус
- 49) Диагностика дерматомикозов
- 50) Лечение дерматомикозов
- 51) Микозы стоп
- 52) Кандидоз
- 53) Плесневые микозы
- 54) Профессиональные микозы
- 55) Глубокие микозы
- 56) Псевдомикозы поверхностные и глубокие
- 57) Сифилис
- 58) Малые венерические заболевания: шанкроид, венерическая лимфогранулема, паховая гранулема, тропические трепонематозы.
- 59) Гонорея
- 60) Экстрагенитальные формы гонореи
- 61) Трихомониаз.
- 62) Хламидиоз. Хламидийные заболевания и синдромы.
- 63) Вирусные заболевания
- 64) Микоплазмоз
- 65) Уреаплазмоз
- 66) Бактериальный вагиноз

#### **4.6. Практические занятия**

Практические занятия предназначены для формирования практических умений и навыков, заявленных в задачах рабочей программы.

##### **Тематика практических занятий:**

- 1) Принципы лечения кожных болезней
- 2) Основы диагностики кожных болезней
- 3) Пиодермии.
- 4) Поражения кожи при общих инфекционных заболеваниях
- 5) Вирусные заболевания кожи
- 6) Инфекционные эритемы
- 7) Дерматозоозы

- 8) Дерматиты и токсикодермии. Лекарственные поражения кожи
- 9) Профессиональные болезни кожи
- 10) Парапсориаз
- 11) Васкулиты кожи
- 12) Акне
- 13) Красная волчанка
- 14) Дерматомиозит
- 15) Склеродермия
- 16) Пузырные дерматозы.
- 17) Гиперкератозы
- 18) Дисхромические дерматозы
- 19) Фотодерматозы
- 20) Экзема.
- 21) Розацеа
- 22) Атопический дерматит
- 23) Лихены
- 24) Псориаз
- 25) Болезни слизистых оболочек и красной каймы губ
- 26) Себорейный дерматит
- 27) Болезни волос
- 28) Алопеции
- 29) Гемодермии и лимфомы кожи.
- 30) Поражения кожи при заболеваниях внутренних органов и систем, нарушениях обмена веществ
- 31) Наследственные дерматозы
- 32) Предрак кожи и слизистых оболочек
- 33) Опухоли кожи
- 34) Периоральный дерматит
- 35) Поверхностные микозы
- 36) Микроспория
- 37) Трихофития
- 38) Диагностика дерматомикозов
- 39) Лечение дерматомикозов
- 40) Микозы стоп
- 41) Кандидоз
- 42) Плесневые микозы
- 43) Профессиональные микозы
- 44) Псевдомикозы поверхностные и глубокие
- 45) Сифилис
- 46) Малые венерические заболевания: шанкроид, венерическая лимфогранулема, паховая гранулема, тропические трепонематозы.
- 47) Гонорея
- 48) Экстрагенитальные формы гонореи
- 49) Трихомониаз.
- 50) Хламидиоз. Хламидийные заболевания и синдромы.

- 51) Вирусные заболевания
- 52) Микоплазмоз
- 53) Уреаплазмоз
- 54) Бактериальный вагиноз

#### **4.7. Самостоятельная (внеаудиторная) работа**

Самостоятельная (внеаудиторная) работа обучающихся направлена на совершенствование знаний и умений, сформированных во время аудиторных занятий, а также на развитие навыков самоорганизации и самодисциплины.

Опережающая самостоятельная работа (далее – ОСР) предполагает такое построение учебного процесса, при котором определенная часть работы по теме, выполняемая обучающимся самостоятельно, предшествует совместному изучению учебного материала в группе с преподавателем. Цель ОСР – мотивировать обучающихся к решению проблемы, которую предстоит изучить; овладеть необходимой информацией, которая позволит осознанно отнестись к изучаемому материалу; включиться в его обсуждение с конкретными дополнениями или вопросами; критически подойти к новому учебному материалу, оценивая его с позиции своего опыта.

Поддержка самостоятельной работы заключается в непрерывном развитии у обучающихся рациональных приемов познавательной деятельности, переходу от деятельности, выполняемой под руководством преподавателя, к деятельности, организуемой самостоятельно, к полной замене контроля со стороны преподавателя самоконтролем.

Контроль самостоятельной работы организуется как единство нескольких форм: самоконтроль, взаимоконтроль, контроль со стороны преподавателя.

#### **Тематика самостоятельной работы ординаторов:**

- 1) Анатомия и физиология кожи.
- 2) Особенности строения и физиологии кожи у детей
- 3) Принципы лечения кожных болезней
- 4) Основы диагностики кожных болезней
- 5) Иммунитет и иммунопатологические реакции
- 6) Инфекционные заболевания кожи
- 7) Пиодермии.
- 8) Поражения кожи при общих инфекционных заболеваниях
- 9) Вирусные заболевания кожи
- 10) Инфекционные эритемы
- 11) Лепра
- 12) Туберкулез кожи
- 13) Миазы
- 14) Протозоозы.
- 15) Трепонематозы
- 16) Лептоспирозы
- 17) Дерматозоозы
- 18) Дерматиты и токсикодермии. Лекарственные поражения кожи
- 19) Профессиональные болезни кожи

- 20) Парапсориаз
- 21) Васкулиты кожи
- 22) Акне
- 23) Красная волчанка
- 24) Дерматомиозит
- 25) Склеродермия
- 26) Пузырные дерматозы.
- 27) Гиперкератозы
- 28) Дисхромические дерматозы
- 29) Фотодерматозы
- 30) Экзема.
- 31) Розацеа
- 32) Атопический дерматит
- 33) Лихены
- 34) Псориаз
- 35) Болезни слизистых оболочек и красной каймы губ
- 36) Себорейный дерматит
- 37) Болезни волос
- 38) Алопеции
- 39) Гемодермии и лимфомы кожи.
- 40) Поражения кожи при заболеваниях внутренних органов и систем, нарушениях обмена веществ
- 41) Наследственные дерматозы
- 42) Предрак кожи и слизистых оболочек
- 43) Опухоли кожи
- 44) Перiorальный дерматит
- 45) Общая микология
- 46) Поверхностные микозы
- 47) Микроспория
- 48) Трихофития
- 49) Фавус
- 50) Диагностика дерматомикозов
- 51) Лечение дерматомикозов
- 52) Микозы стоп
- 53) Кандидоз
- 54) Плесневые микозы
- 55) Профессиональные микозы
- 56) Глубокие микозы
- 57) Псевдомикозы поверхностные и глубокие
- 58) Сифилис
- 59) Малые венерические заболевания: шанкроид, венерическая лимфогранулема, паховая гранулема, тропические трепонематозы.
- 60) Гонорея
- 61) Экстрагенитальные формы гонореи
- 62) Трихомониаз.

- 63) Хламидиоз. Хламидийные заболевания и синдромы.
- 64) Вирусные заболевания
- 65) Микоплазмоз
- 66) Уреаплазмоз
- 67) Бактериальный вагиноз

#### 4.8. Организация самостоятельной (внеаудиторной работы) ординатора:

Код	Название раздела дисциплины, темы	Виды самостоятельной работы	Кол-во часов	Индексы формируемых компетенций
Б1.Б1.1	Общая дерматология. Инфекционные заболевания кожи	Подготовка рефератов и оформление слайд-презентаций по темам «Общая дерматология. Инфекционные заболевания кожи»	72ч	УК-1,2, ПК-1,2,5,6,8,9
Б1.Б1.2	Неинфекционные болезни кожи	Подготовка рефератов и оформление слайд-презентаций по темам «Неинфекционные болезни кожи»	185 ч	УК-1,2, ПК-1,2,5,6,8
Б1.Б1.3	Грибковые болезни кожи	Подготовка рефератов и оформление слайд-презентаций по темам «Грибковые болезни кожи»	54ч	УК-1, ПК-1,5,6,9
Б1.Б1.4	Венерология. Сифилис	Подготовка рефератов и оформление слайд-презентаций по темам «Венерология. Сифилис»	24ч	УК-1,2, ПК-1,5,6,9
Б1.Б1.5	Венерология. Гонорея и негонорейные заболевания мочеполовых органов	Подготовка рефератов и оформление слайд-презентаций по темам «Гонорея и негонорейные заболевания мочеполовых органов »	49ч	УК-1 ПК-1,5,6,9

### 5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ, ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

**5.1.** Текущий контроль направлен на систематическую проверку качества усвоения учебного материала ординаторами. Текущий контроль осуществляется непрерывно в процессе учебных занятий. Задача текущего контроля – предварительная оценка сформированности знаний, умений. Проверяются элементы тем и темы содержания рабочей программы.

**5.2.** Освоение рабочей программы сопровождается промежуточной аттестацией обучающихся, проводимой в форме зачетов, определенных учебным планом.



**5.3.** Промежуточная аттестация заключается в оценке сформированности умений, практических навыков, предварительной оценке сформированности соответствующих компетенций. Периоды промежуточного контроля устанавливаются учебным планом.

## 6. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

### 6.1. Текущий контроль

#### 6.1.1. Примеры контрольных вопросов (заданий), выявляющих теоретическую подготовку ординатора:

№	Содержание вопроса (задания)	Индексы проверяемых компетенций
<b>Б1.Б1.1 Общая дерматология. Инфекционные заболевания кожи</b>		
1.	<p>Строение эпидермиса.            Ответ: Эпидермис и его придатки развиваются из наружного зародышевого листка (эктодермы).            Эпидермис является многослойным плоским ороговевающим эпителием и состоит из пяти слоев.                Базальный слой                Шиповатый                Зернистый                Блестящий                Роговой слой</p> <p>Базальный слой располагается непосредственно на базальной мембране и состоит из одного ряда призматических клеток — кератиноцитов, имеющих крупное овальное ядро, богатое хроматином.            В цитоплазме содержится большое количество рибосом, митохондрий, меланосом и лизосом. Между собой базальные кератиноциты соединяются десмосомами, а к базальной мембране прикрепляются полудесмосомами.            Базальные кератиноциты обладают высокой митотической активностью, благодаря чему и формируется эпидермис. В клетках базального слоя начинается синтез кератина (образуется водорастворимый прекератин)</p>	ПК-2,5
2.	<p>Чесотка. Характеристика возбудителя. Клиника, осложнения, лабораторная диагностика, лечение.            Ответ:            Чесотка является самым распространенным паразитарным заболеванием кожи. Под чесоткой (scabies) понимают заразное паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом <i>Sarcoptes scabiei</i>, сопровождающееся зудом, усиливающимся в вечернее и ночное время, и папулезно-везикулярными высыпаниями. Самка внешне напоминает черепаху, размер ее 0,25-0,35 мм. Тело покрыто кожистой складчатой кутикулой. На спинной поверхности имеются множественные щетинки, треугольные выросты кутикулы (хетоиды) для внутрикожного паразитизма. Упорами для прогрызания хода служат шипы на всех лапах. Ротовые органы представлены грызущими хелицерами с крепкими клешнями, которыми самка отрывает кусочки эпидермиса. Лапки задних пар ног снабжены длинными упругими щетинками, которые служат для выдерживания направления хода только вперед.            Самцы меньше по размеру 0,15-0,2мм, на теле имеют плотные щитки, защищающие от механического воздействия, присоски имеются так же на 4 паре ног и служат, очевидно, для прикрепления к самке при спаривании. Самцы не делают ходов, и ведут преимущественно эктопаразитический образ жизни. Соотношение самок и самцов 2:1. Жизненный цикл разделен на:                Кратковременный кожный.                Длительный внутрикожный, который представлен двумя топически</p>	УК-1, ПК-1,5,6

	<p>разобщенными периодами:  а) Репродуктивным и б) Метаморфическим.  Основными клиническими симптомами чесотки являются:  1.Чесоточные ходы с их характерной локализацией,  2.Полиморфные высыпания вне ходов.  3.Симптомы Арди, Горчакова, Михаэлиса, Сезари.  4.Зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время  Классификация:  Типичная чесотка  Чесотка без ходов  Норвежская (корковая, крустозная) чесотка  Чесотка "чистоплотных"  Осложненная чесотка: Пиодермия, стафилококковое импетиго, остиофолликулиты, фолликулиты, реже - фурункулы, вульгарная эктима.  Постскабиозная лимфоплазия  Псевдосаркоптоз</p>	
Б1.Б1.2 Неинфекционные болезни кожи		
1	<p>Лечение разных форм угревой болезни  Ответ: Для лечения различных форм акне применяется наружное и системное лечение. К препаратам, применяемым местно относят:  1. Бензоилапероксид( «Базирон АС» гель 5%-ный, «Бензакне» 5%-ный и 10% гель, суспензия «Бензашейв»)  2. Азелаиновая кислота (Азелик, Азикс-дерм, «Скинорен» гель (15%) или крем)  3. Топические ретиноиды: Ретиноевая мазь, Адапален («Дифферин» 0,1%-ный гель или крем, «Клензит» 0,1%-ный гель, «Адаклин»)  4. А/бактериальные средства: Клиндамицин (Клиндавит гель, Зеркалин раствор, «Далацин Т» 1% гель или лосьон), Эритромицин, Фузидиевая кислота (Фуцидин)  5. Комбинированные препараты: Циновит, Куриозин, Зинерит, и т.д.  Системная терапия акне назначается при:  • средне - тяжелых и тяжелых формах  • плохом эффекте от местной терапии  • рубцовых изменениях  К системной терапии относят:  системные ретиноиды  системная терапия а/б и т.д.</p>	УК-1, ПК-5,6,8
2	<p>Дерматиты и токсикодермии. Этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика. Медикаментозные дерматиты и токсикодермии.  Ответ: Дерматиты - это воспалительные заболевания кожи, обусловленные раздражающим или сенсibilизирующим действием на нее экзогенных факторов  Классификация раздражителей: 1. Безусловные (<i>облигатные</i>) Вызывают развитие заболевания у 100% людей, 2. Условные (<i>факультативные</i>) Вызывают развитие заболевания у лиц, сенсibilизированных к данному аллергену.  Классификация облигатных раздражителей:  1. Физические факторы:  1.1. Механические : давление, трение, травма  1.2. Термические : повышенная и пониженная температура  1.3. Электрический ток  1.4. Облучение: (УФО, радиация, рентгеновские лучи)  2. Химические вещества : кислоты, щелочи, дезинфицирующие средства, БОВ  3. Биологические факторы :  3.1. Растительного происхождения  3.2. Животного происхождения  и т.д.</p>	УК-1, ПК-1, 5,6
Б1.Б1.3 Грибковые болезни кожи		
1.	<p>Микроспория. Этиология, клиника, диф.диагностика.  Ответ:  Микроспория – инфекционное заболевание, протекающее с поражением кожи и ее придатков, вызываемое патогенными грибами рода <i>Microsporum</i>.</p>	УК-1, ПК-1,5,6

	<p>Первое описание возбудителя микроспории принадлежит Gruby (1843 г.). Sabouraud (1864-1938) – установил связь между обнаружением микромицетов и развитием определенной клинической картины. Описано 12 представителей рода <i>Microsporum</i>: <i>M. ferrugineum</i>, <i>M. audouinii</i>, <i>M. nanum</i>, <i>M. racemosum</i>, <i>M. gallinae</i>, <i>M. fulvum</i>, <i>M. cookei</i>, <i>M. gypseum</i>, <i>M. amazonicum</i>, <i>M. canis</i>, <i>M. persicolor</i>, <i>M. praecox</i>.</p> <p>Если заболевание вызвано зоофильным грибом количество очагов поражения невелико (1-2), очаги крупные, четко очерчены, волосы в очагах обломаны на одной высоте (5-8 мм).</p> <p>При поражении грибами-антропофилами развивается несколько мелких округлых очажков поредения волос с обильным шелушением.</p> <p><i>M. canis</i> – наиболее часто регистрируемый в России возбудитель.</p> <p>Распространен повсеместно. Наиболее часто вызывает дерматофитозы у кошек, собак, обезьян и т.п. (зоофил).</p> <p>Диагностика микроспории должна включать: 1. Оценку клинической картины заболевания; 2. Обязательное полноценное микологическое исследование (КОН-тест + культуральное исследование – посев на среду Сабуро); 3. При поражении волосистой части головы, ресниц, бровей, пушковых волос и ногтей – осмотр под лампой Вуда. Поражение волос - только в фазе анагена (т.е. растущие волосы), по типу «ectothrix» (неправильная мозаика из мелких спор вне стержня волос). Дифференциальный диагноз микроспории проводят с:</p> <p>Розовым лишаем Жибера. Себорейным дерматитом. Атопическим дерматитом. Кольцевидной эритемой. Болезнью Лайм (в стадии хронической мигрирующей эритемы). Себорейным дерматитом Атопическим дерматитом Псориазом волосистой части головы. Очаговой алопецией. Фолликулитами. Псевдопеладой</p>	
2.	<p>Кандидоз. Этиология, патогенез, клиническая классификация, клиника поверхностных форм.</p> <p>Ответ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Candida albicans</i> – дрожжевой грибок, спор не образует (анаскспорные), имеет псевдомицелий и размножается почкованием. В благоприятных условиях – это круглые или овальные почкующиеся клетки (бластоспоры). <i>Candida albicans</i> – граммположительный микроорганизм. В неблагоприятных условиях грибок образует псевдомицелий из неветвящихся нитевидных клеток. Последние разделены перегородками, в области которых начинают отпочковываться дочерние клетки. Некоторые клетки увеличиваются в размерах, приобретают толстую клеточную стенку и перестают размножаться, вступая в фазу покоя. Их называют хламидоспорами. <b>ХАРАКТЕРИСТИКА <i>Candida albicans</i></b></li> <li>• Относится к разряду оппортунистических микозов</li> <li>• <i>Candida spp.</i> - компонент микрофлоры, симбионтной для человека</li> <li>• <i>C. albicans</i> по патогенности превосходит все остальные виды <i>Candida</i></li> <li>• Носительство <i>C. albicans</i> встречается у здоровых людей, но чаще они сопутствуют самой различной патологии</li> <li>• <i>C. albicans</i> входит в состав постоянной микрофлоры пищеварительного тракта, при этом наибольший процент колонизации (65-80%) наблюдается в толстой кишке</li> <li>• <i>Candida spp.</i> обнаруживаются в детрите гастродуоденальных язв примерно в 17% случаев</li> <li>• В полости рта <i>C. albicans</i> обнаруживают у 20-70% обследуемых людей</li> <li>• Колонизация влагалища <i>C. albicans</i> происходит у 10-30% здоровых женщин, повышаясь при беременности, активной половой жизни, и гинекологической патологии</li> <li>• На коже <i>C. albicans</i> можно выявить вокруг естественных отверстий, в области промежности. Возможно носительство на коже рук</li> <li>• <i>C. albicans</i> вызывает около 90% поверхностного и 50-70% - глубокого кандидоза</li> </ul>	УК-1, ПК 5,6

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Во внешней среде <i>C. albicans</i> можно обнаружить в воде, почве, загрязненных экскрементами человека и животных</li> <li>• Грибы нередко загрязняют пищевые продукты, особенно фрукты, фруктовые соки, сладости</li> <li>• <i>C. albicans</i> обладает наилучшей исходной чувствительностью к противогрибковым препаратам</li> <li>• Возможно развитие устойчивости к противогрибковым препаратам при длительном лечении</li> </ul> <p>Термин «кандидоз» подразумевает патологический процесс, основу которого составляет избыточный рост <i>Candida</i> первично в ЖКТ и вторично – в других областях (на слизистых оболочках полости рта, гениталий, бронхов, в паренхиматозных органах).</p> <p><b>КЛИНИЧЕСКИЕ МАНИФЕСТАЦИИ</b></p> <p><b>КАНДИДОЗ КОЖИ</b> – поверхностная инфекция, тяготеющая к влажным участкам кожи (крупные и мелкие складки, межпальцевые промежутки кистей), вызванная <i>Candida spp.</i></p> <p><b>КАНДИДОЗ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК</b> – острое или хроническое поражение слизистых оболочек ротоглотки, влагалища, дыхательных путей, пищевода и др., вызванная <i>Candida spp.</i></p> <p><b>КАНДИДОЗНАЯ ОНИХИЯ И ПАРОНИХИЯ</b> – острое или хроническое поражение околоногтевых валиков и ногтей, вызванная <i>Candida spp.</i></p> <p>Существует несколько классификаций кандидоза. По сути дела, они представляют более уточненную топическую локализацию выше перечисленных клинических манифестаций на коже и слизистых оболочках.</p> <p><b>КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КАНДИДОЗА КОЖИ</b></p> <p>1. Кандидоз крупных складок</p> <p>Поражаются крупные складки подмышечные, паховые, межъягодичные, складки промежности, у женщин – под молочными железами, у тучных людей – на животе. Первоначально появляется белесоватая складка мацерированного рогового слоя → формируются трещины и эрозии → периферический рост очага → «лакированная» (влажная, блестящая) эрозивная поверхность с полициклическими очертаниями, ярко- красного цвета, с резкими границами, венчиком отслоившегося эпидермиса по периферии. Наличие «отсевов» вокруг основного очага поражения в виде мелких папул, пузырьков и пустул, склонных к эрозированию, периферическому росту и слиянию. Высыпания сопровождаются сильным зудом</p> <p>2. Кандидоз мелких складок</p> <p>Локализация в области мелких складок: за ушными раковинами, в области пупка, заднего прохода. Клинические проявления аналогичны таковым при кандидозе крупных складок, отличаясь только размером</p>	
Б1.Б1.4 Венерология. Сифилис		
1.	<p>Сифилис нервной системы. Классификация.</p> <p>Ответ:</p> <p><i>Нейросифилис с симптомами</i></p> <p>Артропатия Шарко</p> <p>Поздний сифилитический (ая):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>неврит слухового нерва</li> <li>энцефалит (менингит (G01);</li> <li>атрофия зрительного нерва</li> <li>полиневропатия</li> <li>ретробульбарный неврит</li> </ul> <p>Сифилитический паркинсонизм</p> <p>Спинная сухотка.</p> <p><i>Асимптомный нейросифилис</i></p> <p><i>Нейросифилис неуточненный</i></p> <p>Гумма (сифилитическая).</p> <p>Сифилис (поздний) центральной нервной системы БДУ.</p> <p>Сифилома.</p> <p>Различают асимптомный и манифестный нейросифилис. По срокам от момента заражения нейросифилис условно разделяют на ранний (до 5 лет с момента заражения) и поздний (свыше 5 лет с момента заражения). Такое</p>	УК-1, ПК-1,5,6,9

	<p>деление полностью не определяет всех сторон поражения нервной системы, так как клинические проявления нейросифилиса представляют собой единую динамическую систему с комбинацией симптомов ранних и поздних форм.</p> <p><i>Асимптомный нейросифилис</i>) характеризуется отсутствием клинических проявлений. Диагноз основывается на патологических изменениях, выявляемых при исследовании цереброспинальной жидкости.</p> <p><i>Нейросифилис с симптомами.</i> Проявляется любыми неврологическими или психическими нарушениями, которые имеют острое или подострое развитие и прогрессируют в течение нескольких месяцев или лет. Чаще всего из <i>ранних форм нейросифилиса</i> встречается менингovasкулярный сифилис, в клинической картине которого преобладают симптомы поражения оболочек и сосудов мозга: сифилитический менингит (острый конвекситальный, острый базальный, острая сифилитическая гидроцефалия), сифилитический увеит (хориоретинит, ирит), васкулярный нейросифилис (ишемический, реже геморрагический инсульт), спинальный менингovasкулярный сифилис (сифилитический менингомиелит). К <i>поздним формам нейросифилиса</i> относят прогрессирующий паралич, спинную сухотку, табопаралич, атрофию зрительных нервов и гуммозный нейросифилис, в клинической картине которых преобладают симптомы поражения паренхимы мозга.</p>		
2.	<p>Острая язва вульвы. Этиология. Клиническая картина.</p> <p>Ответ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Липшютца – Чапина – редкое заболевание.</li> <li>• Острая язва вульвы – общее заболевание, в патогенезе которого большое значение, по-видимому, имеют аллергическая перестройка и изменение реактивности организма.</li> <li>• Возбудитель его <i>bacillus crassus</i>, идентифицированный с вагинальной палочкой Дедерлайна, сапрофит слизистой оболочки влагалища.</li> </ul> <p>Условия, при которых <i>bacillus crassus</i> становится патогенным, изучены недостаточно</p> <p>Клиническая картина: Заболевание начинается остро, продолжается от 2 до 6 недель.</p> <p>Излюбленная локализация поражения: внутренняя поверхность малых половых губ, большие половые губы, промежность и перианальные складки поражаются реже.</p> <p>Существуют три формы острой язвы вульвы: гангренозная, псевдовенерическая, милиарная.</p>	УК-1,2 1,5,6	ПК-
Б1.Б1.5 Венерология. Гонорея и негонорейные заболевания мочеполовых органов			
1.	<p>Урогенитальный хламидиоз. Методы лабораторной диагностики.</p> <p>Ответ:</p> <p>Верификация диагноза базируется на результатах лабораторных исследований с помощью одного из методов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Молекулярно-биологических (ПЦР, ПЦР риал-тайм); Чувствительность 98-100%, специфичность-100%.</li> <li>• Изоляция <i>Chlamydia trachomatis</i> в культуре клеток; Метод не рекомендуют применять для рутинных исследований и для установления этиологии бесплодия.</li> <li>• Другие методы недопустимо использовать для диагностики хламидийной инфекции.</li> </ul> <p>Согласно рекомендации ВОЗ (2013г), Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН для успешной диагностики хламидийной инфекции необходимо применять одновременно два метода – МАНК и серологический тест, так как большинство пациентов обращаются при наличии осложнённой хламидийной инфекции, при которой МАНК могут давать ложноотрицательные результаты. Использование серологических тестов при восходящей хламидийной инфекции наиболее информативно в тех случаях, когда диагноз устанавливается впервые и отсутствует упоминание о лечении данной инфекции в анамнезе. Однако применение этих тест-систем должно быть крайне избирательным с учётом качества используемых антигена и конъюгата.</p>	УК-1, 1,5,6,9	ПК-
2	<p>Трихомониаз у женщин. Клиническая картина.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Зуд, жжение во влагалище или в области наружных половых органов;</li> </ul>	УК-1, 1,5,6,9	ПК-

	<p>боль при мочеиспускании и половых контактах.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Покраснение и отек малых и больших половых губ или преддверия влагалища; Гиперемия губок уретры.</li> <li>• Влагалищные выделения – обильные, пенящиеся, желтоватые или зеленоватые</li> <li>• Признаки цервицита - цервикальные петехии «клубничный цервикс».</li> <li>• рН влагалища &gt;5,0 положительный амино-тест.</li> <li>• При развитии процесса присоединяются вестибулит, парауретрит, эндоцервицит, эндометрит и др.</li> </ul>	
--	--	--

### 6.1.2. Примеры тестовых заданий:

№	Содержание тестового задания	Индексы проверяемых компетенций
<b>Б1.Б1.1 Общая дерматология. Инфекционные заболевания кожи</b>		
1.	<p>Гиперкератоз - это утолщение</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) эпидермиса</li> <li>б) базального слоя</li> <li>в) шиповидного слоя</li> <li>г) зернистого слоя</li> <li>д) рогового слоя</li> </ol> <p>Ответ: д</p>	УК-1, ПК-5
2	<p>Для опоясывающего лишая характерны все перечисленные признаки, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) резкой болезненности</li> <li>б) нарушения общего состояния</li> <li>в) диссеминации высыпания по всему туловищу</li> <li>г) асимметричности и группировки высыпаний</li> <li>д) отсутствия рецидивов</li> </ol> <p>Ответ: д</p>	УК-1 ПК-1,5,6
3	<p>Лепра характеризуется всем следующим кроме:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>бедренных и паховых аденитов</li> <li>кифосколиоза</li> <li>выпадением волос</li> <li>утолщение нервных стволов</li> <li>зоны анестезии</li> </ul> <p>Ответ: б</p>	УК-1 ПК-1,5,6
<b>Б1.Б1.2 Неинфекционные болезни кожи</b>		
1	<p>Чего следует избегать при лечении острой мокнущей истинной экземы?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>влажных повязок</li> <li>дерматологических компрессов</li> <li>аэрозолей со стероидами</li> <li>антигистаминных препаратов</li> <li>седативных препаратов и барбитуратов</li> </ul> <p>Ответ: б</p>	УК-1, ПК-1,5,6,8
2	<p>Какое утверждение о синдроме Лайелла наиболее верно?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>является тяжелым вариантом лекарственной болезни</li> <li>в развитии важное значение придают хроническим очагам инфекции</li> <li>считается аутоиммунным феноменом</li> <li>является вирусным заболеванием</li> <li>является генетическим заболеванием</li> </ul> <p>Ответ: а</p>	УК-1 ПК-1,5,6
<b>Б1.Б1.3 Грибковые болезни кожи</b>		
1	<p>Специфичные патогистологические процессы кожи при глубоких микозах:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>гранулематозный гнойно-свищевой акантолитический</li> <li>множественные эпителиальные кисты, базальноклеточные тяжи</li> <li>плазмомы, новообразования кровеносных сосудов</li> <li>периваскулярный инфильтрат из плазматических эпителиоидных гигантских клеток</li> </ul> <p>Ответ: а</p>	УК-1, ПК 5,6

2	При аспергиллезе легких рентгенологически выявляются "грипковые шары" инвазирующиеся существующие полости Ответ: а,б	УК-1, ПК 5
Б1.Б1.4 Венерология. Сифилис		
1	При третичном сифилисе: бугорки отличаются мягкой консистенцией розеола множественная красного цвета язвы имеют неправильные очертания, мягкие, края подрытые, дно неровное, часто зернистое бугорки плотноэластические, красного цвета, часто располагаются, группировано не сливаются рубцы гладкие, непигментированные Ответ: г	УК-1, ПК-1,5,6,9
2	Для постановки диагноза врожденного сифилиса у детей в любой стадии болезни целесообразно использовать следующие методы сбор анамнеза тщательный осмотр кожного покрова осмотр костно-суставной системы, пальпация, при необходимости рентгенография костей и суставов серологические исследования крови Ответ: а,б,в,г.	УК-1, ПК-5
3	Розеола при вторичном свежем сифилисе: отличается не островоспалительным характером не исчезают при надавливании розовато-красного цвета, множественная, мелкая, локализуется на лице, кистях, стопах локализуются на сгибательных поверхностях верхних конечностей и живота имеют синюшно-бурый или буровато-коричневый цвет Ответ: в	УК-1, ПК-1,5,6,9
Б1.Б1.5 Венерология. Гонорея и негонорейные заболевания мочеполовых органов		
1	Больному установлен диагноз переднего уретрита хламидийной этиологии. Антибиотик какой группы следует назначить пациенту? а) аминогликозидов б) фторированных хинолонов в) цефалоспоринов IV поколения г) противопаразитарных д) противогрибковых е) макролиды Ответ: б, е	УК-1, ПК-1,5,6
2	У девочек вульвовагиниты трихомонадной этиологии, характеризуются всеми перечисленными симптомами, кроме а) учащенного и болезненного мочеиспускания б) зуда в области наружных половых органов в) пенистых выделений из половой щели г) гиперемии наружных половых органов д) творожистого отделяемого из половой щели, пленок белого цвета в области наружных половых органов Ответ: д	УК-1, ПК-5,9

### 6.1.3. Примеры контрольных заданий, выявляющих практическую подготовку ординатора:

№	Содержание задания	Индексы проверяемых компетенций
Б1.Б1.1 Общая дерматология. Инфекционные заболевания кожи		
1.	<u>Контрольное задание:</u> Методика обследования дерматологического больного. <u>Ответ:</u> Первоначально выясняются <b>жалобы</b> , относящиеся к кожному заболеванию, послужившему причиной обращения к врачу или госпитализации в стационар, затем - сопутствующие другой органопатологии;	УК-1 ПК-2, 5,

	<p>Тщательно собирается анамнез: Выясняется давность заболевания, место и характер первых высыпаний, динамика их распространения на коже, эволюция в процессе разрешения. Анализируется последовательность вовлечения в процесс кожи, слизистых оболочек, лимфатических узлов, волос, суставов, ногтей и других органов и систем. Устанавливается причина заболевания. Сбор анамнеза жизни включает сведения об условиях жизни, работы, семейном положении, контакте с детьми, пребывании в эндемических очагах, половых контактах и т.д. При диагностике кожных заболеваний важно знать в каком возрасте произошел дебют кожного процесса.</p> <p>Описание дерматологического статуса больного требует соблюдения нескольких правил:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Осмотр кожного покрова и слизистых оболочек должен проводиться при достаточном освещении, лучше естественном.</li> <li>• Для осмотра слизистой оболочки полости рта рекомендуется применять яркий, направленный электрический свет и использовать деревянный шпатель, с помощью которого хорошо удается осушить от слюны осматриваемые участки слизистой оболочки рта.</li> <li>• Температура в помещении не должна быть меньше 20°C. Охлаждение кожи способствует диагностическим ошибкам за счет спазма сосудов (мраморная кожа) или сокращения мышц, поднимающих волосы («гусиная» кожа).</li> <li>• Осматриваются обязательно весь кожный покров и слизистые оболочки.</li> </ul> <p>Первоначально оценивается состояние внешне неизмененных участков кожного покрова, затем описывается очаг поражения.</p> <p>Необходимо определить цвет кожи - нормальный, розовый, гиперемированный, землистый, желтушный, цианотичный. Отметить наличие де- и гиперпигментаций с указанием локализации, где эти изменения наиболее выражены. Оцениваются эластичность, тургор, гидратацию (нормальная, сухая, влажная) кожи.</p> <p>Важно научиться осматривать всю сыпь в целом, обращая внимание на ряд характерных для данного дерматоза признаков. В первую очередь оценивается характер высыпаний.</p>	
2.	<p><u>Контрольное задание:</u> Методы диагностики чесотки.</p> <p><u>Ответ:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Извлечение клеща (в резиновых перчатках) может быть проведено путём поскабливания в зоне эпидермиса стерильным скальпелем после обработыванием спиртом. На стекло КОН и покровное стекло, окуляр 10, объектив 8.</li> <li>2 соскоб в минеральном масле, без КОН.</li> <li>3 стерильными глазными ножницами, метод тонких срезов</li> <li>4 соскобом с участка, куда предварительно была нанесена капля щелочи или молочной кислоты.</li> <li>5 метод забора одноразовой стерильной иглой для инъекций, в противоположный конец хода вводят и по всему ходу ведут до возвышения.</li> </ol> <p>Все использованные предметы помещаются на один час в раствор дезинфекционного средства.</p>	УК-1, ПК- 1,5,6
<b>Б1.Б1.2 Неинфекционные болезни кожи</b>		
1.	<p>Методы диагностики КПЛ:</p> <p>Ответ: Сетка Уикхема. Папулу или бляшку смазывают водой или жидким маслом. На их поверхности появляются белесовато-опаловые или серые точки и пересекающиеся в виде сетки линии. Этот феномен объясняется гранулезом - неравномерным утолщением зернистого слоя эпидермиса.</p> <p>Феномен Кебнера. Характеризуется появлением свежих папулезных высыпаний на внешне неизменной коже, подвергающейся воздействию механических, физических или химических раздражителей (расчески, уколы, царапины, порезы, потертости, ожоги, УФО др.). Изоморфная реакция развивается в среднем через 7-9 дней после воздействия раздражителя.</p> <p>Симптом Бенье I. Болезненность при поскабливании папул красного плоского лишая.</p>	УК-1, ПК-1,5,6,8
	<p>Методы диагностики параспориоза.</p> <p>Ответ: Симптом скрытого шелушения. При поскабливании папулы на ее поверхности появляется отрубевидное шелушение.</p> <p>Симптом пурпуры. При поскабливании папулы ногтем или тупым краем</p>	УК-1, ПК-1,5,6,8



	<p>предметного стекла на ее поверхности или вблизи на неизменной коже появляются мелкие геморрагические пятна - пурпура. Патогномоничен для каплевидного параспориоза.</p> <p>Симптом «коллоидной пленки». Характеризуется образованием матово-белой чешуйки в виде тонкой пластинки, фиксированной в центре и отстающей по краям, на месте разрешившейся папулы. Симптом наиболее типичен при локализации высыпаний на внутренней поверхности плеч.</p> <p>Симптом облатки при параспориозе. Характеризуется наличием на поверхности многих папул круглых тонких цельных серо-коричневых чешуек, плотно прикрепленных к центру и отторгающихся по периферии. Если кожу взять в складку или слегка поскоблить, то чешуйка, напоминающая облатку, полностью отделяется от папулы.</p>	
<b>Б1.Б1.3 Грибковые болезни кожи</b>		
1.	<p>Диагностические симптомы при инфильтративно-нагноительной трихофитии</p> <p>Ответ: Феномен медовых сот. Если надавить на фолликулярный инфильтрат, то на его поверхности появляются фокусно расположенные капельки гноя, похожие на капли меда при вскрытии медовых сот.</p> <p>Свободная эпиляция волос</p>	УК-1, ПК 1,5,6
2.	<p>Применение лампы Вуда для диагностики микроспории и дифференциальной диагностики красной волчанки и красного плоского лишая на красной кайме губ</p> <p>Ответ: Для диагностики микроспории используется люминесцентная лампа Вуда (экран представляет собой стекло, импрегнированное солями никеля). Исследуется волосистая часть головы и пушковые волосы. В пораженных участках отмечается характерное ярко-зеленое свечение, обусловленное грибами <i>Microsporum</i>. При освещении пораженных участков кожи при красной волчанке с помощью лампы Вуда зоны фолликулярного гиперкератоза светятся снежно-белым цветом, а участки атрофии кожи - белесоватым.</p>	УК-1, ПК 1,5,6
<b>Б1.Б1.4 Венерология. Сифилис</b>		
1.	<p>Методы стерилизации изделий медицинского назначения после работы с заразными кожными и венерическими больными</p> <p>Ответ:</p> <p>а) воздушный метод: изделия из металла, стекла и силиконовой резины (режим 180 градусов - 60 мин., 106 градусов -150 мин.).</p> <p>б) паровой метод:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• изделия из металла, стекла, текстильных материалов (режим 2 атм, 132 градуса, 20 мин).</li> <li>• резиновые перчатки, изделия из резины и полимеров (режим 1.1. атм, 120 градусов, 45 мин.).</li> </ul> <p>в) химический метод</p> <p>хирургические инструменты, шприцы, иглы, резиновые перчатки и другие изделия из металла, стекла, резины (погружение в стерилизующие средства в соответствии с методическими указаниями по их применению). Используются препараты «Аламинол», «Бианол» и др.</p>	ПК-1,5,6
2.	<p>Серологические реакции при сифилисе. Диагностика. Серологический контроль излеченности. Интерпретация серологических реакций.</p> <p>Ответ: Серологические реакции в зависимости от выявляемых ими антигенов, образующихся в ответ на антигенное вторжение бледной трепонемы, делят на две группы: неспецифические (липидные) и специфические (протеиновые).</p> <p>Липидные серологические реакции за счет их простоты и экономичности используют в качестве экспресс- метода диагностики. В основе реакции микропреципитации (РМП) лежит принцип микропреципитации плазмы или инактивированной сыворотки больного с кардиолипидным антигеном. Аналогичная реакция Вассермана отменена как устаревшая. Видоспецифичные протеиновые, трепонемные реакции используют для верификации отборочных тестов: РИФаБс и её варианты, реакция гемосорбции в твердой фазе (IgMSPHA), реакция пассивной гемагглютинации (РПГА), иммуноферментный анализ (ИФА).</p> <p>РПГА основана на феномене агглютинации эритроцитов, sensibilizированных бледной трепонемой, в присутствии специфических противотрепонемных ан-тител сыворотки больного.</p>	УК-1, ПК-5

	<p>Принцип ИФА заключается в соединении комплекса « антиген-антитело» с конъюгатом, содержащим ферментную метку, выявляемую с помощью субстратной смеси.</p> <p>При первичном обследовании проводится постановка скрининговой РМП. В случае положительного результата - постановка любого специфического подтверждающего трепонемного теста (РПГА, ИФА, РИФаБс)</p> <p>О снижению титра судят о динамике инфекционного процесса и эффективности терапии. Подтверждением эффективности проведенной терапии считается снижение титра в 4 и более раз в течение 1 года.</p> <p>Следует учитывать, что специфические трепонемные тесты могут оставаться положительными (не негативироваться) в течение ряда лет, а в отдельных случаях остаются положительными на всю жизнь.</p>	
Б1.Б1.5 Венерология. Гонорея и негонорейные заболевания мочеполовых органов		
1.	<p>Основные принципы забора материала на ИППП.</p> <p>Ответ: Наиболее информативным может быть материал, если он получен при следующих условиях:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• материалы взяты при наличии клинических признаков заболевания;</li> <li>• пациент не использовал местного лечения минимум в течение последних 48 - 72 часов;</li> <li>• получение клинического материала из цервикального канала и влагалища вне менструации;</li> <li>• исследовании материалов взятие образцов из уретры необходимо проводить при условии задержки мочеиспускания не менее 3—4 часов, при наличии обильных уретральных выделений – через 15 - 20 минут после мочеиспускания;</li> <li>• материал из уретры для микроскопического исследования берется раньше всех других уретральных образцов или сразу же после взятия выделений или проб для культурального исследования на гонококки.</li> <li>• материал для приготовления нативного мазка из влагалища берется раньше всех других вагинальных проб. Если имеются обильные выделения и подозревается трихомонадная или кандидозная инфекция, образец берется из заднего свода, где концентрация предполагаемого инфекционного агента наибольшая. Если количество выделений обычное, образец следует брать с боковой стенки влагалища.</li> <li>• образец из шейки матки для микроскопического исследования берется раньше всех других цервикальных образцов или сразу же после взятия мазка для культурального исследования на гонококки.</li> <li>• предметные стекла должны быть сухими, чистыми, не поцарапанными (оптимально применять новые стекла для каждого нового пациента). Забор материала для микроскопического исследования производится на 2 стекла.</li> <li>• для микроскопического исследования мазок наносится тонким слоем только на одну сторону предметного стекла.</li> <li>• при использовании метода прямой микроскопии физиологический раствор должен быть теплым (оптимально 37°C). Эта температура позволяет легче распознать подвижные трихомонады.</li> <li>• для идентификации ИППП культуральным методом и методом амплификации РНК (NASBA) следует забирать клинический материал не ранее, чем через 14 дней после окончания приема антибактериальных лекарственных препаратов, методами амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в режиме реального времени) - не ранее, чем через месяц после окончания приема препаратов;</li> </ul> <p>Клинический материал можно получать с помощью пластиковой бактериологической петли, ложечки Фолькмана или ватного/дакронового тампона. Предпочтение во всех случаях следует отдавать дакроновым тампонам.</p>	УК-1, ПК-5,6
2.	<p>Диагностика гонококковой инфекции.</p> <p>Ответ: Верификация диагноза гонококковой инфекции базируется на результатах лабораторных исследований - обнаружении <i>N. gonorrhoeae</i> или генетического материала возбудителя с помощью одного из методов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• микроскопического исследования препарата, окрашенного 1% раствором метиленового синего и по Граму. Метод обладает высокой чувствительностью (90-100%) и специфичностью (90-100%) при исследовании уретрального отделяемого у мужчин с манифестными проявлениями</li> </ul>	УК-1, ПК-1,5,6,9

	<p>гонококковой инфекции. Характеризуется низкой чувствительностью (45-64%) при исследовании цервикальных, фарингеальных и ректальных проб, а также при бессимптомной инфекции;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• культурального исследования с использованием селективных питательных сред и определением ферментативных свойств <i>N. gonorrhoeae</i> (оксидазный тест и тесты ферментации сахаров). Метод позволяет определять чувствительность гонококков к антибактериальным препаратам;</li> <li>• молекулярно-биологических методов исследования, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК <i>N. gonorrhoeae</i>, с использованием тест - систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации.</li> <li>• У детей диагноз гонококковой инфекции устанавливается на основании результатов культурального и/или молекулярно-биологических методов исследования.</li> </ul>	
--	---	--

## 6.2. Промежуточная аттестация

### 6.2.1. Примеры тестовых заданий (этап междисциплинарного тестирования):

№	Содержание тестового задания	Индексы проверяемых компетенций
<b>Б1.Б1.1 Общая дерматология. Инфекционные заболевания кожи</b>		
1.	<p>К препаратам, блокирующим H2-гистаминовые рецепторы, относится</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) циметидин</li> <li>б) димедрол</li> <li>в) супрастин</li> <li>г) фенкарол</li> <li>д) диазолин</li> </ol> <p>Ответ: а</p>	УК-1, ПК-6,8
2	<p>Основными компонентами секрета сальных желез являются</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) нейтральные жиры</li> <li>б) азотистые и фосфорные соединения</li> <li>в) стероидные гормоны</li> <li>г) стеарины</li> <li>д) все перечисленное</li> </ol> <p>Ответ: д</p>	УК-1
3	<p>Атрофия дермы - это</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) уплощение сосочкового слоя</li> <li>б) истончение сетчатого слоя</li> <li>в) сглаженность дермо-эпидермальной границы</li> <li>г) уменьшение количества сосудов дермы</li> <li>д) все перечисленное, кроме г)</li> </ol> <p>Ответ: д</p>	УК-1, ПК-5
<b>Б1.Б1.2 Неинфекционные болезни кожи</b>		
1	<p>Розацеоподобные изменения кожи лица отмечаются при:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) демодекозе</li> <li>б) розовых угрях</li> <li>в) периоральном дерматите</li> </ol> <p>Ответ: а, б, в</p>	УК-1, ПК-2,5
2	<p>У мальчика грудного возраста быстро развиваются пузырьки и буллы на участках кожи и слизистой рта после незначительных травм при отрицательном симптоме Никольского. Акантолитические клетки не обнаружены. Наиболее вероятный диагноз:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) вульгарная пузырчатка</li> <li>б) простая форма буллезного эпидермолиза</li> <li>в) ранний врожденный сифилис</li> <li>г) эпидемическая пузырчатка новорожденных</li> </ol>	ПК-1,5

	д) эксфолиативный дерматит Риттера Фон Ритгерсхайна Ответ: б	
<b>Б1.Б1.3 Грибковые болезни кожи</b>		
1	Изменения свойств кожи способствующие росту и развитию грибов: а) гиперпигментация б) пониженное потоотделение в) усиление кожного рисунка г) сдвиг рН в щелочную сторону д) сдвиг рН в кислую сторону Ответ: г	УК-1
2	Ребенок, лечившийся по поводу микроспории волосистой части головы, может посещать школу после а) одного отрицательного анализа б) второго отрицательного анализа в) третьего отрицательного контрольного анализа г) шестого отрицательного контрольного анализа д) сразу после окончания лечения Ответ: в	УК-1, ПК 1
<b>Б1.Б1.4 Венерология. Сифилис</b>		
1	Переходу вторичного сифилиса в третичный благоприятствуют: а) некачественное лечение или его отсутствие б) ослабление защитных сил организма в) пожилой и старческий возраст г) психические и физические травмы нервной системы Ответ: а,б,в,г	УК-1,2, ПК-5
2	Какая из реакций является решающей при установке излечимости сифилиса? а) реакция Вассермана б) рибт и рип в) риф-10 риф-абс г) риф-200 д) совокупность клинических, серологических и других данных Ответ: д.	УК-1,2, ПК-1,5,6
<b>Б1.Б1.5 Венерология. Гонорея и негонорейные заболевания мочеполовых органов</b>		
1	У женщин свежий острый уретрит гонорейной этиологии характеризуется всеми признаками, кроме а) гиперемии губок наружного отверстия уретры б) плотноэластической консистенции стенок уретры в) гнойных выделений из уретры г) учащенного мочеиспускания д) тупых болей в низу живота Ответ: д	УК-1, ПК-1,5,6
2	Больному установлен диагноз переднего уретрита хламидийной этиологии. Антибиотик какой группы следует назначить пациенту? а) аминогликозидов б) фторированных хинолонов в) цефалоспоринов IV поколения г) противопаразитарных д) противогрибковых е) макролиды Ответ: б, е	УК-1, ПК-6

### 6.2.2. Примеры контрольных вопросов, выявляющих теоретическую подготовку ординатора (этап собеседования):

№	Содержание вопроса	Индексы проверяемых компетенций
Б1.Б1.1 Общая дерматология. Инфекционные заболевания кожи		

1.	<p>Строение сальных желез, их локализация</p> <p>Ответ:</p> <p>Сальные железы имеются на всей площади "тонкой" кожи (т.е. данных желёз нет только в "толстой" коже ладоней и подошв). При этом большая часть желёз связана с волосами, открываясь своими выводными протоками в волосяные воронки. С 1 волосом связано по 1-3 железы. В расчёте на площадь кожи, получается 50-800 желёз/см<sup>2</sup>, в зависимости от участка тела (больше всего - в коже головы). Сальные железы располагаются более поверхностно, нежели потовые железы, на границе сетчатого и сосочкового слоёв дермы. Регуляция - гормональная (стимулирующее действие на образование кожного сала оказывают половые гормоны – тестостерон и прогестерон.)</p> <p>Выделение кожного сала из сальных желёз стимулируется при сокращении мышцы, поднимающей волос, т.е. при охлаждении организма. Выводной проток сальной железы - короткий и выстлан многослойным плоским эпителием.</p> <p>Он, как уже говорилось, открывается в волосяную воронку.</p> <p>Концевые отделы - это "гроздь" из нескольких мешочков, или альвеол. Такое строение и означает ветвление концевых отделов. В каждом мешочке – несколько сотен клеток – себоцитов.</p> <p>Среди себоцитов различают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• малодифференцированные базальные (или камбиальные)</li> <li>• клетки, способные к митотическим делениям</li> <li>• секреторные клетки на разных стадиях жирового перерождения.</li> </ul> <p>Последние имеют большой объём, светлую ячеистую цитоплазму и постепенно смещаются к выводному протоку.</p> <p>Смесь перерождённых и разрушенных себоцитов и составляет кожное сало.</p> <p>Продукция кожного сала - 20 г/сутки.</p> <p>Состав:</p> <p>60 % - нейтральный жир (триглицериды),</p> <p>40 % - сквален (нециклический углеводородный предшественник холестерина), сам холестерин и восковые эфиры.</p> <p>Углеводы следы</p> <p>Сапрофиты (бактерии, грибки)</p> <p>Благодаря сальным железам, рН на поверхности кожи - слабокислый (4,5-5,5).</p>	УК-1, ПК-5
2.	<p>Контагиозный моллюск. Клиническая картина.</p> <p>Ответ: Вызывается крупным оспоподобным вирусом.</p> <p>Заболевание является контагиозным. Инфекция передается при непосредственном контакте с больным или через загрязненные предметы обихода. Чаще болеют дети. Описаны случаи эпидемий в детских садах-яслях.</p> <p>Клиническая картина представлена гладкими блестящими папулами с пупковидным вдавлением в центральной части, творожистым содержимым.</p>	УК-1, ПК-1,5
Б1.Б1.2 Неинфекционные болезни кожи		
1.	<p>Псориаз. Клиника, стадии процесса</p> <p>Ответ: Псориаз относится к заболеваниям мономорфного характера. При обыкновенном псориазе высыпания состоят из папул, четко отграниченных от здоровой кожи. Папулы розово – красного или насыщенно красного цвета, покрыты рыхлыми серебристо – белыми чешуйками. Характерна триада псориазических феноменов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Стеариновое пятно" - при легком поскабливание папулы наблюдается усиление шелушения, придающего поверхности папул сходство с растёртой каплей стеарина.</li> <li>• "Терминальная плёнка" – появляется после удаления чешуек в виде влажной тонкой блестящей поверхности папулы.</li> <li>• "Точечное кровотечение" – возникает после осторожного поскабливания терминальной плёнки в виде точечных, не сливающихся капелек (феномен Ауспитца или "Кровяной росы" Полотбенова).</li> </ul> <p>В основе этих феноменов лежат патогистологические изменения в эпидермисе и дерме – паракератоз, папиломатоз, акантоз.</p> <p>В течении псориазического процесса выделяют три стадии:</p>	УК-1,ПК-1,5,6,8

	<p>прогрессирующую, стационарную и регрессирующую.</p> <p>Прогрессирующую стадию характеризует появление мелких зудящих папул. На свежих папулезных элементах чешуйки располагаются в центре, по периферии остаётся узкий ярко-красный ободок – зона периферического роста (ободок Пильнова). Папулезные высыпания имеют правильные округлые очертания и небольшой диаметр. Изоморфная реакция (феномен Кёбнера) положительная, псориазическая триада легко выявляется. В стационарную стадию псориаза шелушение усиливается и занимает всю поверхность папулы. Прекращается периферический рост папулезных элементов, свежие высыпания не появляются, феномен Кёбнера не определяется, однако, псориазическая триада положительная.</p> <p>При регрессировании процесса характерны ослабление интенсивности окраски, псориазическая сыпь, просуществовав несколько месяцев, исчезает бесследно, часто не полностью. Рассасывание бляшек обычно начинается с центральной части, в результате чего псориазические элементы приобретают кольцевидную или гирляндоподобную форму. Папулы уплощаются, значительно бледнеют, вокруг них появляется депигментированный венчик – “псевдоатрофический ободок ” Воронова. На местах рассосавшихся высыпаний остается временная депигментация (псевдолейкодермия). В периоды неполных ремиссий на отдельных участках кожного покрова (чаще в области локтевых, коленных суставов) могут оставаться единичные "дежурные" бляшки.</p>	
2.	<p>Болезнь Реклингаузена. Основные кожные симптомы.</p> <p>Ответ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Крупные пигментные пятна цвета «кофе с молоком»</li> <li>• Мелкие пигментные пятна по типу веснушек</li> <li>• Нейрофибромы кожные подкожные плексиформные</li> <li>• Элефантиаз</li> <li>• положительный симптом звонка</li> </ul> <p>Проводится определение чувствительности кожи. При данном дерматозе нарушаются все виды чувствительности. Тактильную чувствительность исследуют нежным прикосновением к коже комочка ваты. Болевую чувствительность проверяют легким покалыванием кожи инъекционной иглой, чередуемым с прикосновением к ней тупого предмета (например, спички). Для исследования температурной чувствительности пользуются двумя пробирками, в одной из них находится теплая (40-50°) вода, в другой – холодная (12-15°). В момент проведения пробы больной должен закрыть глаза.</p>	УК-1,ПК-5,6,8
Б1.Б1.3 Грибковые болезни кожи		
1.	<p>Отрубевидный лишай. Клиническая картина.</p> <p>Отрубевидный лишай поражает людей любого пола и возраста, чаще всего болеют подростки и взрослые, у маленьких детей и старцев заболевание наблюдается редко. Развитию заболевания у женщин может способствовать беременность и прием оральных противозачаточных средств.</p> <p>Отрубевидный лишай имеет три основных клинических формы: пятнисто-шелушающую, фолликулярную и инвертную. Описаны атипичные формы: папулезная, эритематопа-пулезная, уртикароподобная, цирцинарная, типа эритразмы, витилиго.</p> <p>Наиболее типичная <i>эритематосквамозная форма</i> начинается с появления на коже невоспалительных пятен, имеющих различные оттенки коричневого цвета: от бледно-желтого до коричневого (отсюда название «разноцветный лишай»). Пятна вначале мелкие, располагаются около волосяных фолликулов. Постепенно они увеличиваются в размерах, сливаются друг с другом, образуя более или менее крупные очаги с мелкофестончатыми очертаниями. На их поверхности отмечается едва заметное отрубевидное шелушение, обусловленное разрыхлением рогового слоя. Шелушение пятен отчетливо выявляется при их интенсивности послонным поскабливанием (симптом «стружки», couple d'ongle по Besnier). Шелушение пятен можно выявить путем смазывания их поверхности и окружающей здоровой кожи спиртовым раствором йода или анилиновых красителей, в результате интенсивного</p>	УК-1,ПК-5,6

	<p>впитывания раствора разрыхленным роговым слоем пораженная кожа окрашивается значительно ярче, чем здоровая.</p> <p>Для диагностики отрубевидного лишая, особенно локализирующегося на волосистой части головы, можно использовать люминесцентный метод: в лучах Вуда пятна приобретают красновато-коричневое или бурое свечение.</p> <p>Излюбленными местами локализации пятен отрубевидного лишая является кожа верхней части груди и спины, реже - шеи, живота, наружной поверхности плеч. Часто проявление микоза обнаруживают на волосистой части головы, особенно у детей. Волосы, однако, при этом заболевании не поражаются.</p>	
2	<p>Поверхностная трихофития.</p> <p>Ответ: Поверхностная трихофития волосистой части головы характеризуется образованием нескольких мелких округлых плешинок за счет поредения волос. При внимательном осмотре обнаруживается, что оно связано не с выпадением волос, а с их обламыванием на различных уровнях. Одни волосы обламываются на высоте 2-3 мм и имеют вид пеньков сероватого цвета, другие обламываются в устье волосяного фолликула и выглядят черными точками. Кожа в области плешинок едва заметно гиперемирована и слегка шелушится. Заболевание начинается, как правило, в детском возрасте и тянется годами. Плешинки при этом медленно увеличиваются в размерах. В период полового созревания очаги поражения могут самостоятельно разрешиться, и волосяной покров полностью восстанавливается.</p> <p>Хроническая трихофития волосистой части головы наблюдается почти исключительно у женщин. Как правило, она является продолжением поверхностной трихофитии детского возраста, не разрешившейся в период полового созревания. Клинические проявления настолько скудны, что остаются незамеченными в течение десятков лет и обнаруживаются лишь при специальном осмотре матерей и бабушек, проводимом с целью выявления источников заражения детей, в виде черных точек на фоне незначительного шелушения ( черноточечная трихофития ). Черные точки представляют собой пеньки волос, обломанных в устьях фолликулов. Нередко удается заметить мелкие атрофические рубчики.</p>	УК-1,ПК-1,5,6
<b>Б1.Б1.5 Венерология. Сифилис</b>		
1.	<p>Первичный период сифилиса.</p> <p>Предшествует первичному периоду сифилиса инкубационный период - время от момента внедрения бледной трепонемы до появления первых признаков болезни. Длительность этого периода варьирует от 3 нед до 2-3 мес. и более.</p> <p>С появлением твердого шанкра, или первичной сифиломы, начинается первичный период сифилиса, продолжающийся 6-7 нед. В редких случаях, когда бледные трепонемы проникают непосредственно в ток крови, сифилитический процесс начинается без твердого шанкра, а непосредственно с появления вторичных высыпаний (безглавый сифилис). Так может происходить при переливании крови от больного сифилисом донора, у хирурга при ранении рук во время операций, проводимой больному сифилисом, у патологоанатома во время вскрытия трупа больного сифилисом.</p> <p>После внедрения бледной трепонемы в кожу или слизистые оболочки происходит быстрое ее распространение по лимфатическим путям с развитием лимфангита. Полагают, что лимфатическая система не только служит транспортировке бледных трепонем, но и является местом их интенсивного размножения. Предпочтительное поражение лимфатических путей объясняется факультативным анаэробизмом бледной трепонемы, т. к. в лимфе содержание кислорода ниже, чем в артериальной и венозной крови. Этим обстоятельством объясняется и менее активное распространение бледных трепонем гематогенно и по перинеуральным пространствам.</p> <p>Локализация первичной сифиломы характеризует способ инфицирования. При половом заражении твердый шанкр располагается в области наружных половых органов: у мужчин - на головке полового члена, на коже внутреннего листка крайней плоти; у женщин - в области больших или малых половых губ, на коже задней спайки или на слизистой оболочке шейки матки. При извращенных половых контактах возникают орофарингеальные и анальные твердые шанкры. Реже встречаются экстрагенитальные первичные сифиломы,</p>	УК-1,2 ПК-1,5,6,9

	<p>располагающиеся на губах, кистях рук, щеках, в области век, шеи, груди, волосистой части головы и т. д. Чаще наблюдаются единичные твердые шанкры. В последние годы отмечается возникновение биполярных сифилом (на половых органах и на губах), «целующиеся» - на соприкасающихся поверхностях малых половых губ, шанкры-отпечатки в области венца головки полового члена и множественные микрошанкры, часто осложняющиеся баланопоститом. Типичный твердый шанкр проявляется чаще эрозией, реже бывает язвенным, но иногда может формироваться в виде плотного узелка, имеющего застойно гиперемированную окраску.</p> <p>Характерными специфическими симптомами при любой клинической форме твердого шанкра являются правильные округлые или овальные очертания с четкими плотными, валикообразно приподнятыми, инфильтрированными краями, без островоспалительных явлений, со скудным серозным отделяемым и мясо-красным дном. При пальпации основании шанкра ощущается инфильтративное уплотнение плотноэластической консистенции. Боль при пальпации незначительная или отсутствует. Размеры шанкров варьируют от гигантских (больше 3-5 см в диаметре) до карликовых (с просяное зерно). Через 1 нед или несколько раньше после возникновения твердого шанкра выявляется уплотнение регионарных лимфатических узлов - регионарный склераденит, или сопутствующий бубон. Лимфатические узлы плотные, безболезненные, подвижные, не спаяны с покрывающей их кожей или подлежащими тканями. Часто к ним ведет утолщенный буроокрашенный тяж лимфангита. Регионарный склераденит не является обязательным симптомом твердого шанкра. У женщин при расположении первичной сифиломы в области наружных половых органов сопутствующий бубон определяется в глубине малого таза и не доступен обнаружению.</p> <p>Шанкры внеполовой локализации в основном регистрируются на языке, на губах, деснах, слизистой оболочке рта, на миндалинах и на кистях (шанкр-панариций). На языке твердый шанкр имеет вид эрозии или язвы линейной формы, наподобие трещины с плотным основанием, а на десне он располагается у шейки зуба в виде полулуния. Локализация твердого шанкра на губах, на слизистой оболочке рта и на миндалинах представляет трудности для диагностики. Во всех случаях односторонность поражения, отсутствие острых воспалительных симптомов, наличие плотного основания инфильтрата, сопутствующий склераденит, обнаружение бледной трепонемы в отделяемом подтверждают специфичность процесса.</p> <p>Шанкр-панариций отличается от панариция пиококковой этиологии наличием неостровоспалительного плотного инфильтрата в основании, менее выраженной болезненностью, обнаружением регионарного лимфаденита (локтевого, реже подмышечного), что дает основания подозревать специфическую инфекцию. Диагноз подтверждается бактериоскопически или серологически. Герпетический твердый шанкр локализуется либо на головке полового члена, либо на внутреннем листке крайней плоти. Мелкие эрозии с полициклическими краями весьма напоминают генитальный герпес, но плотность основания, отсутствие болезненности и островоспалительных явлений характеризуют специфичность процесса, что подтверждается наличием склераденита и результатами бактериологического исследования.</p> <p>Индуративный отек, наряду с шанкром-амигдалитом и шанкром-панарицием, является атипичной формой первичной сифиломы. Он располагается в области половых органов - большие половые губы, крайняя плоть, мошонка, где в результате обилия лимфатической сети формируется плотный отек, безболезненный, почти без воспаления, с застойной бурой эритемой. Индуративный отек крайней плоти приводит к фимозу, который также отличается плотностью, отсутствием островоспалительной эритемы и наличием сопутствующего регионарного лимфаденита.</p>	
2.	<p>Венерическая лимфогранулема. Клиническая картина</p> <p>Ответ: Венерическая лимфогранулема - хроническое заболевание, передающееся половым путем. Широко распространено в Африке, Азии, Австралии, Южной и Латинской Америке. Периодически встречается в городах Северной Америки, Европы и России. . Инкубационный период</p>	УК-1,2 ПК-1,5,6



	<p>составляет 3-7 дней, но может удлиняться до 4-6 нед. Первичный аффект - эрозия, язвочка, папула или пустула на фоне резко отечного, эритематозного основания. Нередко наружной манифестации заболевания предшествуют продромальные явления: субфебрильная температура, недомогание, мышечная и суставная боль. Первичные элементы могут быть единичными или множественными. Они безболезненны, быстро исчезают и часто остаются незамеченными. Наиболее частая их локализация у мужчин на головке полового члена, наружной или внутренней поверхности крайней плоти, в межъягодичной складке, на мошонке; у женщин - на больших и малых половых губах, стенке влагалища, на шейке матки. Возможно и экстрагенитальное возникновение первичного аффекта, например, на губах, языке, слизистой оболочке гортани. Через несколько дней после появления первичные элементы эрозируются или изъязвляются, но имеют тенденцию к самопроизвольному разрешению. Спустя 1,5-2 мес. наступает вторичный период болезни, манифестирующий симптомами распространения и генерализации процесса, лимфатические узлы резко увеличиваются в размерах - поли- и периаденит. Затем наступает их гнойное расплавление с образованием глубоких язв, свищей, из которых выделяется обильное гнойно-кровянистое содержимое. Часто происходит распространение инфильтративного процесса в глубжележащие органы и ткани, метастическое поражение отдаленных лимфатических узлов, внутренних органов, костей, суставов. Поздние симптомы венерической лимфогранулемы, развивающиеся через 1-3 года от начала заболевания, приблизительно у 20% больных объединяют термином «аногениторектальный синдром», условно выделяемый как третичный период заболевания. Характерными симптомами этого периода являются проктоколиты, гиперплазия периректальной лимфоидной ткани. Позднее присоединяются периректальные абсцессы, ректовагинальные, анальные свищи, стриктуры уретры, стеноз прямой кишки.</p>	
<b>Б1.Б1.5 Венерология. Гонорея и негонорейные заболевания мочеполовых органов</b>		
1.	<p>Аногенитальные (венерические) бородавки. Понятие. Эпидемиология.          Ответ: Аногенитальные (венерические) бородавки - вирусное заболевание, обусловленное вирусом папилломы человека и характеризующееся появлением экзофитных и эндофитных разрастаний на коже и слизистых оболочках наружных половых органов, уретры, влагалища, шейки матки, перианальной области. Папилломавирусная инфекция наиболее часто регистрируется у лиц молодого возраста, имеющих большое число половых партнеров. По данным ВОЗ, 50-80% населения инфицировано ВПЧ, но лишь 5-10% инфицированных лиц имеют клинические проявления заболевания. Выявляемость ВПЧ значительно варьирует в различных этнико-географических регионах и определяется поведенческими, социально-экономическими, медицинскими, гигиеническими факторами. Географическая вариабельность характерна не только для частоты выявляемости вируса, но и для распределения генотипов ВПЧ.</p>	УК-1,ПК-1,5,6,9
2.	<p>Бактериальный вагиноз. Критерии постановки диагноза. Лабораторная диагностика.          Диагноз устанавливается на основании наличия не менее чем 3-х из 4-х критериев (критерии Amsel):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- выделения из влагалища – густые, гомогенные, беловато-серые, с неприятным запахом;</li> <li>- значение pH вагинального отделяемого &gt; 4,5;</li> <li>- положительный результат аминотеста (появление «рыбного» запаха при смешивании на предметном стекле вагинального отделяемого с 10% раствором КОН в равных пропорциях);</li> <li>- обнаружение «ключевых» клеток при микроскопическом исследовании вагинального отделяемого.</li> </ul> <p><i>Лабораторные исследования</i></p> <p>1. Микроскопическое исследование вагинального отделяемого является наиболее информативным, достоверным и доступным методом диагностики бактериального вагиноза.          Для диагностики БВ необходимо отмечать наличие/отсутствие следующих признаков:</p>	УК-1,ПК-1,5,6

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– уменьшение количества или исчезновение лактобацилл – грамположительных палочек различной длины и толщины;</li> <li>– увеличение количества смешанной микробной (не лактобациллярной) микрофлоры;</li> <li>– наличие «ключевых» клеток - поверхностных клеток вагинального эпителия с адгезированными на них бактериями, за счет чего эпителиальная клетка имеет «зернистый» вид. Края «ключевых» клеток выглядят нечеткими или «пунктирными» вследствие адгезии мелких грамотрицательных или грамвариабельных палочек, кокков, коккобацилл и других бактерий;</li> <li>– отсутствие местной лейкоцитарной реакции (у большинства пациенток количество полиморфноядерных лейкоцитов в вагинальном отделяемом на превышает 10-15 клеток в поле зрения).</li> </ul> <p>Для оценки результатов исследования препаратов, полученных из отделяемого влагалища и окрашенных по Граму, R. Nugent предложил стандартную десятибалльную систему, которая основана на определении трех бактериальных морфотипов: 1) крупные грамположительные бактерии (лактобациллы), 2) небольшие грамотрицательные или грамвариабельные бактерии (<i>G. vaginalis</i> и анаэробные бактерии), 3) изогнутые грамотрицательные или грамвариабельные бактерии (например, <i>Mobiluncus</i>). Эта система позволяет определить изменения бактериальных морфотипов, проявляющихся в исчезновении нормальных лактобацилл и доминировании <i>G. vaginalis</i> и анаэробов, а также <i>Mobiluncus</i>. Состояние первого морфотипа оценивается в интервале от 0 до 4 баллов, второго – от 0 до 4, третьего – от 0 до 2, далее баллы суммируются. Если количество баллов в сумме по всем трем морфотипам варьирует в пределах от 7 до 10, по результату микроскопического исследования можно диагностировать наличие БВ.</p> <p>2. Культуральное исследование. Рутинное культуральное исследование для верификации диагноза БВ не используется, однако может применяться для определения видового и количественного состава микробиоты влагалища, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– выделения и идентификации <i>G. vaginalis</i>;</li> <li>– выделения и идентификации других факультативных и/или облигатных анаэробов;</li> <li>– выделения и идентификации лактобацилл (при БВ наблюдается отсутствие роста лактобацилл или резкое снижение их количества (&lt;10<sup>4</sup> КОЕ/мл));</li> <li>– выделения и идентификации <i>M. hominis</i> и <i>Ureaplasma spp.</i></li> </ul> <p>Для оценки результатов микроскопического и культурального исследования используется комплексная система выявления нарушения микрофлоры влагалища «Интегральная оценка состояния микробиоты влагалища. Диагностика оппортунистических инфекций</p> <p>Молекулярно-биологические методы исследования, направленные на обнаружение специфических фрагментов ДНК микроорганизмов, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации, используются для выявления лактобацилл <i>A. vaginae</i>, <i>G. vaginalis</i>, <i>M. hominis</i> и <i>Ureaplasma spp.</i> и других, в том числе трудно культивируемых бактерий.</p>	
--	---	--

### 6.2.3. Примеры контрольных заданий, выявляющих практическую подготовку ординатора (этап собеседования):

№	Содержание задания	Индексы проверяемых компетенций
<b>Б1.Б1.1 Общая дерматология. Инфекционные заболевания кожи</b>		
1.	<p>Дать определение лихенификации.</p> <p>Ответ: Лихенификацией принято называть изменения кожи, характеризующиеся резкой выраженностью кожного рисунка, придающей коже вид шагреновой. Кожа на пораженных участках уплотнена и суха, нередко покрыта мелкими отрубевидными чешуйками. Цвет ее на</p>	УК-1,

	пораженных участках то розовый, то синюшно-красный, то пестрый. Лихенификация может развиваться или первично, под влиянием длительного раздражения кожи при расчесах, или вторично, на фоне различных воспалительных инфильтратов. Явления лихенификации объясняются развитием акантоза, т. е. гипертрофии шиповидного слоя эпидермиса со значительным увеличением межсосочковых эпителиальных отростков, которые глубоко внедряются в дерму, а также одновременным удлинением сосочков в сочетании с хронической воспалительной инфильтрацией верхних отделов дермы.	
2.	<p>Диагностические симптомы при кожном лейшманиозе</p> <p>Ответ: Симптом «четок». При остронекротизирующемся кожном лейшманиозе в процесс вовлекаются лимфатические сосуды. От язв отходят плотные, хорошо пальпируемые шнуры до 1 см в поперечнике. Толщина и плотность их неодинаковые по всей длине. Лимфатические сосуды поражаются за счет миграции по ним лейшманий. Этот симптом возникает спустя 2-3 месяца после изъязвления лейшманиомы. Существенно, что и сами лимфатические сосуды могут изъязвляться.</p> <p>Симптом «рыбьей икры». Появление красного цвета грануляций на дне язвы в процессе заживления лейшманиомы.</p> <p>Симптом «окопного рва». Характеризуется появлением островков эпителизации в центре язвы при ее заживлении. Типичен для остронекротизирующегося кожного лейшманиоза.</p> <p>Симптом Добротворской. Характеризуется подсыханием и отторжением ороговевших сосочков папилломатозных разрастаний, образовавшихся на дне изъязвившейся лейшманиомы в процессе ее рубцевания. Процесс безболезненный.</p> <p>Лейшмании сателлиты или бугорки обсеменения. Появление свежих, боле мелких бугорков вокруг основной (первичной) лейшманиомы. Одни из них изъязвляются, другие – нет. Существуют две точки зрения на причину их возникновения. Первая - повторные инокуляции кожи москитами. Предполагают, что при первом кровососании в кожу внедряется максимальное количество лейшманий. Вторая точка зрения предполагает миграцию лейшманий по межклеточным канальцам из основного очага в рядом расположенные зоны.</p>	УК-1,ПК-1,5
<b>Б1.Б1.2 Неинфекционные болезни кожи</b>		
1.	<p>Диагностические тесты при красной волчанке</p> <p>Ответ:</p> <p>Симптом Бенье-Мещерского. Характеризуется появлением болезненности при соскабливании чешуек в очаге поражения.</p> <p>Симптом «дамского каблука». При форсированном удалении чешуек с очага поражения в области гиперкератоза виден шипик на нижней поверхности чешуек и характерно обнажение устьев волосяных фолликулов в виде воронок.</p>	УК-1,ПК-1,5,6,8
2.	<p>Диагностические тесты при atopическом дерматите</p> <p>Ответ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дермографизм. Дермографизм представляет собой ответную реакцию нервно-сосудистого аппарата кожи на механическое раздражение. Вызывается путем проведения тупым предметом (краем шпателя, стеклянной палочкой, ручкой неврологического молоточка или другим тупым предметом) по коже спины или груди. Различают красный, белый, смешанный, уртикарный дермографизм. При atopическом дерматите он, в большинстве случаев, белый.</li> <li>• Отполированные ногти. Свободный край ногтевой пластинки практически отсутствует, источается. Ногтевая пластика гладка, блестящая.</li> <li>• Линия Дени – Моргана. Дополнительная складка нижнего века. С резко выраженной в этом месте продольной морщиной. Является одним из типичных симптомов atopического дерматита и входит в комплекс симптомов, формирующих, так называемое, atopическое лицо.</li> <li>• Псевдо-Хертоге симптом. Характеризуется разрежением бровей (диффузная алопеция) в наружной трети. Причина возникновения - постоянная механическая травматизация вследствие зуда.</li> <li>• Симптом atopической «зимней стопы». Появление на подошвах гиперемии, инфильтрации, трещин. Данный симптом имеет сезонную динамику и обычно исчезает летом.</li> </ul>	УК-1,ПК-1,5,6,8

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Атопическое лицо. Сухость, бледность, шелушение кожи лица, хейлит, заеды, линии Дени-Моргана, симптом Псевдо-Хертоге.</li> <li>Симптом Андокского. Двухсторонняя «атопическая катаракта», нередко заканчивающаяся помутнением хрусталика.</li> </ul>	
Б1.Б1.3 Грибковые болезни кожи		
1.	<p>Диагностика разноцветного лишая</p> <p>Ответ: Люминесцентная диагностика. Пораженные участки освещают лучами лампы Вуда. Метод чаще используется для обнаружения очагов поражения на волосистой части головы. Очаги поражения светятся золотисто-желтым, желто-коричневым или бурым свечением.</p> <p>Проба Бальцера. Пятнистые высыпания на коже больного смазывают 5% спиртовой настойкой йода. Разрыхленный роговой слой более интенсивно впитывает йод и, естественно, сильнее окрашивается. Остатки йода можно удалить тампоном, смоченным спиртом. Вместо йода можно использовать 1-2% растворы анилиновых красителей. Проба положительна при отрубевидном (разноцветном) лишае.</p>	УК-1 ПК-5,6
2.	<p>Диагностика эритразмы</p> <p>Ответ:</p> <p><i>Люминесцентная диагностика.</i> Метод применяется для дифференциальной диагностики эритразмы от паховой эпидермофитии, рубромикоза, кандидоза крупных складок. Очаг исследуют в лучах лампы Вуда. При эритразме наблюдается характерное кораллово-красное свечение, которое более выражено в периферической зоне. Этот симптом теряет свою значимость, если пациент предварительно получал специфическую терапию.</p>	УК-1 ПК-1,5,6
Б1.Б1.4 Венерология. Сифилис		
1.	<p>Трепонемные тесты:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ИФА (иммуноферментный анализ) - высокочувствительный и специфичный тест. Чувствительность при первичном и вторичном сифилисе – 98-100%, специфичность – 96-100%. Дает возможность дифференцированного и суммарного определения IgM и IgG антител к возбудителю сифилиса;</li> <li>Иммуноферментный анализ (ИФА) - наиболее современный и перспективный метод серодиагностики сифилиса, отличается высокой чувствительностью (95-99%) и специфичностью (98-100%). Метод уникален своей простотой, доступностью и воспроизводимостью. Позволяет количественно оценить уровень антитрепонемных антител в сыворотке крови. Динамика уровня антител коррелирует с остротой процесса. Немаловажным является возможность определения специфических IgG и IgM, что позволяет провести более точную диагностику стадии заболевания. Может использоваться как диагностический тест, а также в определенной степени в качестве критерия излеченности заболевания.</li> <li>Иммуноблоттинг является модификацией ИФА. Чувствительность и специфичность – 98-100%. Может применяться для подтверждения диагноза, в особенности при сомнительных или противоречивых результатах других трепонемных тестов.</li> </ul>	УК-1,2 ПК-1,5,6,9
2.	<p>Диагностика нейросифилиса.</p> <p>Ответ: Решающую роль в диагностике нейросифилиса играет исследование цереброспинальной жидкости (ЦСЖ).</p> <p>Спинномозговая пункция для исследования ЦСЖ показана больным сифилисом при наличии у них клинической неврологической симптоматики (независимо от стадии заболевания); лицам со скрытыми, поздними формами инфекции; больным с проявлениями вторичного рецидивного сифилиса (в частности, с лейкодермой, особенно в сочетании с алопецией); при подозрении на врожденный сифилис у детей; при отсутствии негитивации нетрепонемных серологических тестов у пациентов после проведенного полноценного специфического лечения.</p> <p>Диагноз нейросифилиса с симптомами устанавливается на основании сочетания клинических проявлений с положительными результатами серологических тестов с ЦСЖ и изменением состава последней (числа клеток и уровня белка), скрытого — на основании лабораторного выявления</p>	УК-1,ПК-5,6,9

	<p>патологических изменений ЦСЖ.</p> <p>К рекомендуемым методам исследования ЦСЖ относятся: цитологическое исследование с подсчетом количества форменных элементов, определение количества белка, а также серологические тесты для выявления антител к <i>T. pallidum</i>: РМП, РИФ<sub>ц</sub> (РИФ с цельным ликвором), РПГА, ИФА, иммуноблоттинг.</p>	
Б1.Б1.5 Венерология. Гонорея и негонорейные заболевания мочеполовых органов		
1.	<p>Диагностика урогенитальных заболеваний, вызванных <i>Ureaplasma spp.</i>, <i>Mycoplasma hominis</i>.</p> <p>Ответ: Верификация диагноза заболеваний, вызванных <i>Ureaplasma spp.</i> и/или <i>M. hominis</i>, базируется на результатах лабораторных исследований с помощью одного из методов:</p> <p>1. Молекулярно-биологических, направленных на обнаружение специфических фрагментов ДНК <i>Ureaplasma spp.</i> и <i>M. hominis</i>, с использованием тест - систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации.</p> <p>или</p> <p>2. Культурального исследования, с использованием тест-систем (разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации), позволяющих идентифицировать и оценить количество микоплазм (<i>Ureaplasma spp.</i> и <i>M. hominis</i>), основываясь на степени гидролиза мочевины или аргинина и определять чувствительность микроорганизмов к антибактериальным препаратам.</p> <p>При этом целесообразность применения методики количественного определения, как и клиническое значение полученных результатов, убедительно не доказаны. Традиционная диагностика, основанная на культивировании микроорганизмов (уреаплазм, микоплазм) на чашках с агаровой средой и последующей микроскопической идентификацией колоний в широкой практике не рекомендуется.</p> <p>С целью оценки степени лейкоцитарной реакции и состояния микробиоценоза уретры, влагалища, цервикального канала проводится микроскопическое исследование клинического материала.</p>	УК-1, ПК-1,5,6
2.	<p>Взятие материала у девочек.</p> <p>Ответ: Перед исследованием ребенок должен не мочиться в течение 2—3 часов, чтобы не смыть секрета со слизистой уретры. Вытерев преддверие влагалища ваткой, смоченной физиологическим раствором, вводят в уретру на глубину 0,5 см петлю, специальную щеточку или желобоватый зонд и собирают отделяемое со слизистой уретры, перенося его на предметное стекло.</p> <p>Желобоватым зондом добывают отделяемое из влагалища, для чего инструмент осторожно вводят вдоль задней стенки влагалища до заднего свода, где обычно скапливаются выделения. У детей и у женщин, не имевших в анамнезе половых контактов с при осмотре с использованием детских гинекологических зеркал клиническим материалом для лабораторных исследований является отделяемое цервикального канала</p> <p>При наличии свободных выделений из прямой кишки их также добывают ложечкой, введенной на расстояние 1,5—2 см от анального отверстия.</p> <p>Для микроскопического исследования вагинального отделяемого материал берется (также с помощью зеркала) с заднего или боковых сводов ложечкой Фолькмана и тонким слоем распределяется на предметном стекле. Для культурального исследования и исследования методом ПЦР материал помещается в соответствующие пробирки с транспортной средой.</p>	УК-1, ПК-1,5,6

#### 6.2.4. Примеры ситуационных задач (этап собеседования):

№	Содержание задачи	Индексы проверяемых компетенций
---	-------------------	---------------------------------

Б1.Б1.1 Общая дерматология. Инфекционные заболевания кожи			
1.	<p>Ситуационная задача:</p> <p>На прием к дерматологу обратился пациент К., 39 лет с жалобами на высыпания в паховой области, верхних конечностях, сопровождающиеся интенсивным зудом в вечернее время суток.</p> <p>Anamnesis morbi: Болен в течение 2 недель, после командировки обратил внимание на единичные высыпания на кистях, которые постепенно распространились. Пациент отмечает, что у супруги также появились подобные высыпания.</p> <p>Объективно: Отмечаются папулезные элементы, с незначительным воспалительным компонентом, в области живота имеется парность расположения, а в области мошонки- лентикулярные папулы.</p> <p>Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Назначьте обследование</p> <p>Ответ: Чесотка. Соскоб для обнаружения чесоточного клеща.</p>	УК-1, 5,6	ПК-1,
	<p>Ситуационная задача:</p> <p>На прием к врачу обратилась мама с ребенком 4 лет с жалобами на высыпания в области грудной клетки.</p> <p>Anamnesis morbi: болен в течение недели, когда на следующий день после длительной прогулки в прохладную погоду, появились элементы в области задней поверхности грудной клетки с последующим распространением на боковую и переднюю поверхности. Около года назад ребенок перенес Дс: Ветряная оспа.</p> <p>Объективно: Слева по ходу 6-7 межреберьев на эритематозном фоне имеются множественные сгруппированные везикулы с напряженной покрывкой, наполненные прозрачным содержимым.</p> <p>Вопросы: Для какого заболевания характерна указанная симптоматика. кто является возбудителем данного заболевания.</p> <p>Ответ: Опоясывающий герпес. Вирус герпеса 3 типа- Herpes zoster.</p>	УК-1, 5,6	ПК-1,
Б1.Б1.2 Неинфекционные болезни кожи			
1.	<p>Ситуационная задача:</p> <p>Больная М., 6 лет. Мама обратилась к дерматовенерологу с жалобами на шелушение и трещины на коже губ у девочки.</p> <p>Anamnesis morbi: Ребенок с рождения болен атопическим дерматитом. Неоднократно лечилась стационарно. Обострение заболевания мама связывает с нарушением диеты.</p> <p>Объективно: Кожа лица, тела, конечностей сухая. В области локтевых ямок и задне-боковой поверхности шеи очаги застойной эритемы и лихенизации. Красная кайма губ инфильтрирована, лихенизирована, сухая, в углах рта поверхностные трещины. Дермографизм белый стойкий.</p> <p>Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.</p> <p>Ответ: Атопический дерматит, детская стадия, умеренная степень активности.</p> <p>Лечение: Диета, Супрастин 0,5табл. 2 раза в день, нефторированные ТГКС 2 раза в день, эмолиенты</p>	УК-1, 5,6,	ПК-1,
2.	<p>Ситуационная задача:</p> <p>На прием к дерматологу обратилась пациентка П, 45 лет с жалобами на высыпания по всему телу, сопровождающиеся интенсивным зудом.</p> <p>Anamnesis morbi: Больна в течение суток, когда после приема в пищу апельсин, клубники, появились единичные элементы с последующим распространением. Лечение не получала</p> <p>Объективно: уртикарные элементы ярко-красного цвета, частично сливающиеся и образующие очаги различных очертаний.</p> <p>Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.</p> <p>Ответ: 1. Острая крапивница. 2. Диета с ограничением приема пищи с гистаминолибераторами. Сорбенты, антигистаминные препараты в возрастной дозировке, ТГКС.</p>	УК-1, 5,6,	ПК-1,
Б1.Б1.3 Грибковые болезни кожи			
1.	<p>Ситуационная задача</p> <p>Больная С., 24 лет, обратилась к дерматологу с жалобами на наличие красноты и небольшого зуда в области углов рта.</p> <p>Anamnesis morbi: Больна около двух недель, самостоятельно не лечилась. Работает на кондитерской фабрике.</p> <p>Объективно: в области углов рта отечные очаг мацерации синюшно-красного</p>	УК-1, 5,6	ПК-1,

	<p>цвета с ободком отслаивающегося эпидермиса по периферии, трещины. Лабораторные данные: в анализе на грибы псевдомицелий (+) найден. В посевах выросла культура <i>Candida albicans</i>.</p> <p>Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте обследование</p> <p>Ответ: Кандидоз.</p> <p>Соскоб с языка, посев кала на <i>Candida albicans</i>.</p> <p>БАК, Кровь на глюкозу, гликированный гемоглобин.</p>	
2.	<p>Ситуационная задача</p> <p>К детскому дерматологу направлен ребенок, 8 лет в связи с выпадением волос в виде единичного очага на волосистой части головы. Впервые мама заметила очаг около 1 недели назад. Мама самостоятельно лечила ребенка настойкой красного перца без эффекта.</p> <p>Объективно: на волосистой части головы определяется очаг выпадения волос округлой формы с шелушением. в очаге поражения определяются обломки волос на уровне 3-5 мм. Зона расшатанных волос не определяется.</p> <p>Вопрос: 1.Предположительный диагноз.</p> <p>2.Необходимые исследования для его уточнения</p> <p>Ответ: 1. Микроскопия волосистой части головы</p> <p>2.Бактериоскопическое исследование волос на грибы</p>	УК-1, ПК 1,5,6
Б1.Б1.4 Венерология. Сифилис		
1.	<p>Ситуационная задача</p> <p>На прием к дерматовенерологу обратился молодой человек с явлениями фимоза.</p> <p>Anamnesis morbi: Болен в течение недели, 1 месяц назад имел случайный половой контакт без использования барьерных методов контрацепции.</p> <p>Объективно: Паховые лимфоузлы увеличены до 3см, плотноэластической консистенции, подвижны, безболезненны, кожа над ними не изменена.</p> <p>1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте обследование</p> <p>Ответ: Сифилис первичный(твердый шанкр, осложненный фимозом)</p> <p>Обследование на бледную трепонему выявленного твердого шанкра или пунктата увеличенных паховых лимфоузлов; постановка серологических реакций крови на сифилис(МРП, РИФ, РВ)</p>	УК-1, ПК 1,5,6
2.	<p>Ситуационная задача</p> <p>Болная 29 лет обратилась с жалобами на усиленное выпадение волос.</p> <p>Объективно: Диффузная алопеция. На коже нижней латеральной части шеи справа и слева имеются гипопигментированные пятна овальной формы, напоминающие сетку. При проведении йодной пробы результат отрицательный.</p> <p>1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте обследование</p> <p>Ответ:Сифилис вторичный рецидивный (сифилитическая алопеция диффузная, пигментный сифилид)</p> <p>Выяснить анамнез, провести серологическое исследование на сифилис (РВ, РИТ, РИФ)</p>	УК-1, ПК 1,5,6
Б1.Б1.5 Венерология. Гонорея и негонорейные заболевания мочеполовых органов		
1.	<p>Ситуационная задача:</p> <p>Больной М., 32 лет, обратился к дерматовенерологу с жалобами на незначительные выделения из уретры, особенно после ночного перерыва, небольшой зуд и жжение в начале мочеиспускания.</p> <p>Anamnesis morbi: Болен около месяца, самостоятельно ничем не лечился.</p> <p>Эпидемиологический анамнез: Месяц назад имел случайный незащищенный половой контакт с незнакомой женщиной.</p> <p>Объективно: Наружные половые органы развиты правильно. На коже половых органов, в перианальной области высыпаний нет. Губки уретры слегка гиперемированы и отечны. Уретра безболезненна при пальпации, свободных выделений нет. При надавливании на область головки полового члена из уретры выделяется слизистая капля.</p> <p>Лабораторные данные: Анализы крови на сифилис и ВИЧ-инфекцию – (–) отрицательные.</p> <p>В мазке из уретры <i>gn, trich. vag.</i> – (–) не найдены, лейкоциты – до 30 в поле зрения.</p> <p>В соскобе, взятом со слизистой оболочки уретры, при помощи тест- набора</p>	УК-1, ПК-1,5,6,9

	<p>«Mycoplasma – DYO» обнаружена Mycoplasma genitalium/          Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.          Ответ: 1. Уретрит, обусловленный Mycoplasma genitalium          2. Препараты выбора:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• доксициклина моногидрат 100 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней</li> <li>• джозамицин 500 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней</li> </ul> <p>Альтернативный препарат:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• –офлоксацин 400 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней</li> </ul>	
2.	<p>Ситуационная задача          Больная Р., 27 лет, обратилась к дерматовенерологу с жалобами на обильные выделения с неприятным запахом из половых путей. Выделения сероватого цвета, усиливаются после полового акта.          Anamnesis morbi: Больна в течение трех месяцев. Причину заболевания указать не может. Самостоятельно лечилась вагинальными свечами с нистатином – без улучшения. Больная принимает пероральные противозачаточные препараты. Отмечает, что за последний год заменила три препарата ввиду появления болей внизу живота.          Эпидемиологический анамнез: Замужем. Внебрачные связи отрицает.          Объективно: Наружные половые органы развиты правильно. При осмотре в зеркалах – на стенках влагалища равномерно распределены густые, слегка тягучие, липкие и пенные желтовато-зелёные выделения с неприятным запахом гнилой рыбы.          Лабораторные данные: Анализы крови на сифилис и ВИЧ-инфекцию – (–) отрицательные.          В мазках из уретры и шейки матки gn, trich. vag. – (–) не найдены, лейкоциты – 10-12 в поле зрения. Отмечаются «ключевые клетки». рН влагалищных выделений – 5,2. Проба с 10% КОН (аминный тест) – (+) положительная.          Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.          Ответ: 1. Бактериальный вагиноз          2. Лечение: Метронидазол 500 мг 2 р/сут – 7 дней, Клиндамицин-крем - 2% - один полный аппликатор (5г.) интравагинально на ночь - 7 дней</p>	УК-1, ПК-1,5,6

## УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПО РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ

### 7.1. Учебно-методическая документация и материалы:

- 1) Основы диагностики и лечения наружной терапии дерматозов. Учебное пособие. – Новокузнецк. – 2014. – 34с. Школьников Т.В., Коняхина И.Г., Бурдина А.В.
- 2) Поражение кожи при сахарном диабете. Учебное пособие. – Новокузнецк. – 2012. – 63с. Маклакова Т.П., Школьников Т.В., Коняхина И.Г., Бурдина А.В.
- 3) Применение лечебных факторов механической природы. Учебное пособие. – Новокузнецк. – 2015. – 31с. Коняхина И.Г., Школьников Т.В., Бурдина А.В.
- 4) Сборник квалификационных тестов по специальности «Дерматовенерология». Сборник тестов. – Новокузнецк. – 2016. – 54с. Школьников Т.В., Коняхина И.Г., Бурдина А.В.
- 5) Атопический дерматит: особенности патогенеза, диагностики и лечения. Учебное пособие. – Новокузнецк. – 2017. – 53с. Зорина В.Н., Бурдина А.В., Школьников Т.В., Коняхина И.Г.

### 7.2. Литература

В качестве учебной литературы используется оригинальная монографическая и периодическая литература по тематике специальности. К основным средствам обучения также относятся учебно-методические комплексы, справочная литература.



### Основная литература

1. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова - Электрон. текстовые дан. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 896 с.
2. Дерматовенерология. Атлас [Электронный ресурс] / А.Н. Платонова, А.Л. Бакулев, С.Р. Утц - Электрон. текстовые дан. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 136 с.
3. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней [Электронный ресурс] / Н. Н. Потекаев, В. Г. Акимов. - Электрон. текстовые дан. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 456 с.
4. Дерматологический атлас [Электронный ресурс] / под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк - Электрон. текстовые дан. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -352 с.

### Дополнительная литература

1. **Атлас по дерматологии:** атлас / М. Рёкен [и др.]. - [б. м.], 2014. - 408 с. Экземпляры: всего:3 - А(2), ЧЗ(1),
2. **Буллезный эпидермолиз:** монография / ред.: Дж. -Д. Файн, Х. Хинтнер. - [б. м.], 2014. - 358 с. Экземпляры: всего:1 - ЧЗ(1).
3. **Ведение больных** инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс]: руководство для врачей / В. И. Кисина, К. И. Забиров, А. Е. Гушин; под ред. В. И. Кисиной. - Электрон. текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 256 с.
4. **Дерматология Фицпатрика в клинической практике:** В 3-х тт. [Текст]: научное издание. Т. 1 / ред. Л. А. Голдсмит [и др.]. - М.: Издательство Панфилова, 2015. - 1168 с. Экземпляры: всего: 1–ЧЗ(1).
5. **Дерматология:** Справочник по дифференциальной диагностике / Т. П. Хэбиф [и др.]. - [б. м.], 2014. - 350 с. Экземпляры: всего:4 - ЧЗ(1), А(3).
6. **Дерматоскопия:** учебник / Г. П. Соьер [и др.]. - [б. м.], 2014. - 240 с. Экземпляры: всего:1 - ЧЗ(1).
7. **Заболевания слизистой оболочки рта и губ:** учебное пособие / Л. А. Цветкова-Аksamит [и др.]. - [б. м.], 2014. - 208 с. Экземпляры: всего:5 - А(4), ЧЗ(1)
8. **Инфекции, передающиеся половым путем.** Клинические лекции [Электронный ресурс]: учебно-методический комплекс / ред. В. Н. Прилепская. - Электрон. текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160 с.
9. **Ламоткин, И. А.** Клиническая дерматоонкология [Электронный ресурс]: атлас / И. А. Ламоткин. - Электрон. текстовые дан. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. - 502 с.
10. **Лимфомы** [Текст]: монография / ред.: Дж. Суэтнем, И. В. Поддубная ; пер. С. К. Прокопович. - М.: Гранат, 2015. - 176 с. Экземпляры: всего: 1–ЧЗ(1).
11. **Наследственные болезни:** национальное руководство: краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. Е. К. Гинтера, В. П. Пузырева. - Электрон. текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 464 с.
12. **Псориатическая болезнь.** Диагностика, терапия, профилактика [Электронный ресурс] / К. И. Разнатовский, О. В. Терлецкий. - Электрон. текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 352 с.

## 7.3

## Кадровое обеспечение реализации рабочей программы

№ п/п	Код раздела, темы рабочей программы	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, ученое звание	Основное место работы, должность	Место работы и должность по совместительству
1.	Б1.Б1.1.1. Общая дерматология Б1.Б1.1.2 Инфекционные заболевания кожи Б1.Б1.2 Неинфекционные болезни кожи Б1.Б1.3 Грибковые болезни кожи	Коняхина Ирина Григорьевна	к.м.н., доцент	НГИУВ-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, заведующая кафедрой дерматовенерологии	Государственное автономное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Новокузнецка городская клиническая больница №1», врач дерматовенеролог
2.	Б1.Б1.1.1. Общая дерматология Б1.Б1.2 Неинфекционные болезни кожи Б1.Б1.3 Грибковые болезни кожи Б1.Б1.4. Венерология. Сифилис Б1.Б1.5. Венерология. Гонорея и негонорейные заболевания мочеполовых органов	Лазарева Галина Алексеевна	к.м.н.	ГБУЗ КО «Областной клинический кожно-венерологический диспансер» Новокузнецкого обособленного структурного подразделения. Зав. консультативно-диагностическим отделением	НГИУВ-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, доцент кафедры дерматовенерологии,
3.	Б1.Б1.1.1. Общая дерматология Б1.Б1.2 Неинфекционные болезни кожи Б1.Б1.3 Грибковые болезни кожи Б1.Б1.4. Венерология. Сифилис	Бурдина Анастасия Вадимовна	к.м.н.	НГИУВ-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, доцент кафедры дерматовенерологии	Медицинский центр Евромед, врач - дерматовенеролог, врач- косметолог.
4.	Б1.Б1.1.2 Инфекционные заболевания кожи Б1.Б1.2 Неинфекционные болезни кожи	Китаевская Екатерина Сергеевна	-	ООО «Эстетика Мед», главный врач, врач дерматовенеролог-косметолог	НГИУВ-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, ассистент кафедры дерматовенерологии