

**Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Научно-клинический центр имени Башларова»**

Утверждаю
Проректор по учебно-методической
работе

_____ А.И. Аллахвердиев
«28» апреля 2023 г.

Рабочая программа дисциплины	Б1.О.27 Дерматовенерология
Уровень профессионального образования	Высшее образование-специалитет
Специальность	31.05.03 Стоматология
Квалификация	Врач - стоматолог
Форма обучения	Очная

Махачкала, 2023

Рабочая программа дисциплины «Дерматовенерология» разработана в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденному приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984, приказа Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 06.04.2021 № 245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры».

Программа одобрена на заседании учебно-методического совета (протокол № 3 от «28» апреля 2023 г.)

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

1.1 Перечень компетенций с индикаторами их достижения соотнесенные с планируемыми результатами обучения по дисциплине:

Код и наименование компетенции	Наименование индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине
ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ИОПК-5.1 Применяет методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме	Знать: методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний, методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов, международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Уметь: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), применять методы осмотра и физикального обследования детей и взрослых, интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых; диагностировать у детей и взрослых наиболее распространенную патологию; выявлять факторы риска онкологических заболеваний, формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей и взрослых в соответствии с порядками оказания медицинской помощи,

клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, направлять детей и взрослых на лабораторные, инструментальные и дополнительные исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, направлять детей и взрослых на консультации к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, интерпретировать и анализировать результаты консультаций врачами-специалистами детей и взрослых; интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования, проводить дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых. Владеть: навыками сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), осмотра и физикального обследование детей и взрослых, диагностики наиболее распространенных заболеваний у детей и взрослых; выявления факторов риска основных онкологических заболеваний, формулирования предварительного диагноза, составления плана проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов; направления пациентов на инструментальные,

		<p>лабораторные, дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов; постановки предварительного диагноза в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p>
<p>ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач</p>	<p>ИОПК-5.2 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний; интерпретирует и анализирует результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводит дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявляет клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p>	<p>Знать: методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме. Уметь: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), применять методы осмотра и физикального обследования детей и взрослых, интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых; диагностировать у детей и взрослых наиболее распространенную патологию,</p>

		<p>выявлять факторы риска онкологических заболеваний, формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей и взрослых в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи направлять детей и взрослых на лабораторные, инструментальные и дополнительные исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, направлять детей и взрослых на консультации к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретировать и анализировать результаты консультаций врачами-специалистами детей и взрослых; интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводить дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых, выявлять факторы риска и причины развития заболеваний, выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания</p>
--	--	---

		<p>медицинской помощи в неотложной форме. Владеть: навыками сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), осмотра и физикального обследование детей и взрослых; диагностики наиболее распространенных заболеваний у детей и взрослых; выявления факторов риска основных онкологических заболеваний; формулирования предварительного диагноза, составления плана проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов; направления пациентов на инструментальные, лабораторные, дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов, навыками выявления факторов риска и причин развития заболеваний, навыками проведения дифференциальной диагностики заболеваний; распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p>
<p>ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль</p>	<p>ИОПК-6.1 Применяет методы медикаментозного и немедикаментозного лечения</p>	<p>Знать: методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, медицинские показания к</p>

<p>эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>	<p>для лечения патологических заболеваний и состояний</p>	<p>применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях.</p> <p>Уметь: разрабатывать план лечения детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Владеть: навыками разработки плана лечения детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме пациентам с наиболее распространенными заболеваниями, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, подбора и назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий для лечения наиболее распространенных заболеваний у детей и взрослых в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; подбора и назначение немедикаментозного лечения детям и взрослым с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи,</p>
--	---	--

		<p>профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения; оказания медицинской помощи в неотложной форме детям и взрослым при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента; применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме.</p>
<p>ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>	<p>ИОПК-6.2 Использует современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Знать: группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний, механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению. Уметь: разрабатывать план лечения детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Владеть: навыками разработки плана лечения детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме пациентам с наиболее распространенными</p>

		<p>заболеваниями, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, подбора и назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий для лечения наиболее распространенных заболеваний у детей и взрослых в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, подбора и назначение немедикаментозного лечения детям и взрослым с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p>
<p>ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>	<p>ИОПК-6.3 Владеет методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины</p>	<p>Знать: совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах. Уметь: разрабатывать план лечения детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Владеть: навыками оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения у детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями, подбора и назначения лекарственных</p>

		<p>препаратов, медицинских изделий для лечения наиболее распространенных заболеваний у детей и взрослых в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p>
<p>ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>	<p>ИОПК-6.4 Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма</p>	<p>Знать: совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах.</p> <p>Уметь: предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения.</p> <p>Владеть: профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения; оказания медицинской помощи в неотложной форме детям и взрослым при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента; применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме</p>

1.2 Этапы формирования компетенции в процессе освоения образовательной программы:

Код компетенции	Формулировка компетенции	Семестр	Этап
ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	5	начальный
ОПК-6	Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	5	начальный

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Дерматовенерология» относится к обязательной части блока 1 ОПОП специалитета 31.05.03 Стоматология.

3. Объем дисциплины и виды учебной работы

Трудоемкость дисциплины: 3 з.е. / 108 часов.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестр	
		5	6
Контактная работа	64	64	
В том числе:	-	-	
Лекции	16	16	
Лабораторные работы (ЛР)	-	-	
Практические занятия (ПЗ)	48	48	
Самостоятельная работа (всего)	44	44	
В том числе:	-	-	
Проработка материала лекций, подготовка к занятиям			
Самостоятельное изучение тем			
Реферат			
Вид промежуточной аттестации зачет			
Общая трудоемкость	час. 108	108	
	з.е. 3	3	

4. Содержание дисциплины

4.1 Контактная работа

Лекции

№ п/п	Содержание лекций дисциплины	Трудоемкость (час)
1	Пиодермии.	2
2	Вирусные дерматозы. Туберкулез кожи и слизистых.	2

3	Красный плоский лишай. Красная волчанка.	2
4	Акантолитическая пузырьчатка. Многоформная экссудативная эритема.	2
5	Аллергодерматозы.	2
6	Общее течение сифилиса. Первичный период сифилиса.	2
7	Вторичный период сифилиса. Третичный период сифилиса.	2
8	Врожденный сифилис. Принципы лечения сифилиса. Гонококковая инфекция. Хламидийная инфекция. Трихомоноз. Бактериальный вагиноз.	2
	Итого	16

Практические занятия

№ п/п	№ раздела	Содержание практических занятий	Трудо-емкость (час)	Форма текущего контроля
1.1 Общая дерматология	1	Строение кожи, красной каймы губ, слизистой полости рта. Функции кожи.	3	Устный опрос
1.1 Общая дерматология	2	Первичные и вторичные морфологические элементы кожных сыпей.	3	Тестирование
1.2 Инфекционные заболевания кожи	3	Стафилодермии: остеофолликулит, фолликулит, фурункул, фурункулез, гидраденит.	3	
1.2 Инфекционные заболевания кожи	4	Стрептодермии. Акне. Чесотка. Вшивость.	3	Устный опрос
1.2 Инфекционные заболевания кожи	5	Кандидоз слизистой полости рта и губ.	3	Устный опрос
1.2 Инфекционные заболевания кожи	6	Микроспория. Микозы стоп. Онихомикозы.	3	Устный опрос
1.2 Инфекционные заболевания кожи	7	Вирусные дерматозы: простой пузырьковый лишай, опоясывающий лишай, бородавки вульгарные и плоские.	3	Защита реферата
1.2 Инфекционные заболевания кожи	8	Туберкулез кожи и слизистых. РК 1	3	Устный опрос
1.3 Неинфекционные заболевания кожи	9	Красная волчанка. Многоформная экссудативная эритема.	3	Устный опрос
1.3 Неинфекционные заболевания кожи	10	Красный плоский лишай.	3	Устный опрос
1.3 Неинфекционные заболевания кожи	11	Пузырные дерматозы: акантолитическая пузырьчатка.	3	Устный опрос

1.3 Неинфекционные заболевания кожи	12	Аллергодерматозы: дерматиты, экзема, крапивница, отек Квинке, токсикодермия.	3	Устный опрос
1.3 Неинфекционные заболевания кожи	13	Хейлиты. РК 2.	3	Устный опрос
2. Венерология				
2.1 Венерология	14	Этиология и эпидемиология сифилиса. Общее течение сифилиса. Первичный период сифилиса, особенности поражения слизистой полости рта.	3	Устный опрос
2.1 Венерология	15	Вторичный и третичный периоды сифилиса, особенности поражения слизистой полости рта.	3	Устный опрос
2.1 Венерология	16	Врожденный сифилис, особенности поражения слизистой полости рта. Принципы диагностики и лечения сифилиса. УГИ (Гонококковая инфекция. Трихомоназ. Хламидийная инфекция. Бактериальный вагиноз.). РК 3.	3	Защита реферата, решение практических заданий

Самостоятельная работа обучающихся

№ п/п	Наименование раздела/темы учебной дисциплины	Всего часов	Вид контроля
1	3	5	6
1.	1.1 Общая дерматология	2	Устный опрос
2.		2	Доклады
3.		2	Защита реферата
4.		2	Решение практических заданий
5.	1.2 Инфекционные заболевания кожи	2	Устный опрос
6.		2	Устный опрос
7.		2	Устный опрос
8.		2	Доклады
9.		2	Защита реферата
10.		2	Решение практических заданий
11.	1.3 Неинфекционные заболевания кожи	2	Устный опрос
12.		2	Устный опрос
13.		2	Доклады
14.		2	Защита реферата
15.		2	Решение практических заданий
16.	2 Венерология	2	Доклады
17.		2	Устный опрос
18.		2	Устный опрос
19.		2	Доклады
20.		2	Защита реферата

21.		2	Решение практических заданий
22.		2	Доклады

Формы текущего контроля успеваемости студентов: устный опрос, доклады, практические задания, тестирование, реферат.

Формы промежуточной аттестации: зачет.

5. Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций

Тестовые задания

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

1. Нуждается ли больной в лечении, или следует ограничиться наблюдением за ним?
2. Как больной переносит лекарственные препараты?
3. Где будет проводить лечение (в стационаре или амбулаторно)?
4. Все перечисленное верно

2. Дерматологический диагноз формулируется, включая все перечисленное,

кроме:

1. нозологической формы
2. клинической формы
3. характера течения
4. стадии процесса
5. эффективности предшествующего лечения

3. Осмотр больного кожным заболеванием предусматривает оценку:

1. тургора кожи
2. цвета кожи
3. воспалительных и невоспалительных изменений кожи
4. состояния придатков кожи
5. всего перечисленного

4. К первичным морфологическим элементам при осмотре не относится:

1. Папула
2. Рубец
3. Везикула
4. Волдырь

5. Чем отличается узел от бугорка?

1. Формой
2. Размером
3. Цветом
4. Глубиной залегания в коже

6. Чем отличается папула от волдыря?

1. Размером
2. Не исчезает при надавливании
3. Цветом
4. Формой

7. К первичным бесполостным морфологическим элементам относится:

1. папула
2. пузырь
3. гнойничок
4. трещина
5. гематомы

8. К вторичным морфологическим элементам относятся все, кроме:

1. Язвы
2. трещины
3. корочки
4. узла

9. Цвет кожи зависит от:

1. толщины рогового слоя
2. Количества меланина
3. Кровенаполнения сосудов
4. других веществ (каротина, гемосидерина)
5. Все ответы правильны

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

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

11. Для диагностики каких заболеваний показан метод прямой иммунофлюоресценции:

1. буллезного пемфигоида
2. васкулита
3. герпеса беременных
4. герпетиформного дерматоза Дюринга
5. все верно

12. Методами лабораторной диагностики чесотки являются:

1. Посев на питательные среды
2. Извлечение клеща иглой
3. Иммунофлюоресцентный
4. Методы соскобов
5. Е. Мазки-отпечатки

13. Назовите методы диагностики отрубевидного лишая:

1. микроскопическое исследование чешуек с очагов поражения
2. йодная проба Бальзера
3. поскабливание очагов поражения (феномен “стружки”)
4. все перечисленное верно

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

1. исследование мазков-отпечатков на акантолитические клетки
2. клинический анализ крови
3. исследование содержимого пузыря на эозинофилы

4. посев содержимого пузыря на флору
5. исследование крови на электролиты

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

1. сульфаниламидам
2. антибиотикам
3. новокаину
4. иодидам

16. Наиболее важным лабораторным исследованием для подтверждения диагноза вульгарной

пузырчатки является:

1. исследование в темном поле
2. исследование мазков отпечатков на акантолитические клетки
3. исследование содержимого пузыря на эозинофилы
4. посев содержимого пузыря на флору
5. исследование в лучах Вуда

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

1. исследование нативных препаратов в темном поле
2. окраска мазка по Романовскому-Гимзе
3. окраска мазка метиленовым синим
4. культивирование на питательных средах
5. серебрение по Морозову

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

1. йодная проба Ядассона
2. капельная проба
3. йодная проба Бальцера
4. компрессная проба
5. верно В) и D)

19. Активность процесса при красной волчанке определяется:

1. содержанием R-белков
2. содержанием фибронектина
3. нахождением LE-клеток
4. абсолютным числом Т-РОК
5. всем перечисленным

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

1. микроскопии пораженных волос и чешуек кожи
2. культуральной диагностики
3. мазков-отпечатков с очагов поражения
4. люминесцентной диагностики

21. Трансформация пигментного невуса в злокачественную меланому может проявиться:

1. неравномерной зоной гиперемии вокруг невуса

2. увеличением или неравномерностью пигментации
3. увеличением или неравномерностью плотности
4. изъязвлением, кровоточивостью, увеличением размеров
5. всем перечисленным

22.Для кератоакантомы характерно:

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

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

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

24.Профилактика злокачественных опухолей кожи включает:

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

25.Признаками озлокачествления меланоцитарного невуса являются:

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

26.Чаще всего эритроплазия Кейра локализуется:

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

27.Эритроплазия кейра относится к группе:

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

28.Дифференциально-диагностическим признаком поверхностной формы базалиомы является:

1. шелушение

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

29.К так называемым «меланонеопасным» невусам относят:

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

30.К невусам – предшественникам меланомы относят:

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

31.К зудящим дерматозам (нейродерматозам) относят:

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

32.К зудящим дерматозам не относят:

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

33.В какие времена года обычно наблюдаются рецидивы нейродермита:

1. весна
2. осень
3. зима
4. лето

34.В этиопатогенезе нейродермита играют роль:

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

35.Какими высыпаниями проявляется крапивница:

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

36.Назовите разновидности крапивницы:

1. острая
2. хроническая

3. холодная
4. солнечная

37. Для профессиональной экземы характерны:

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

38. Облигатными раздражителями являются:

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

39. Условием развития дерматоза от воздействия фотодинамических веществ является:

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

40. Контактный неаллергический дерматит характеризуется:

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

41. При обычном псориазе излюбленной и наиболее частой локализацией высыпаний

является все перечисленное, кроме:

1. волосистой части головы
2. разгибательных поверхностей конечностей
3. сгибательных поверхностей конечностей
4. локтей и колен
5. области крестца

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

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

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

1. относится к осложненным формам
2. относится к неосложненным формам

3. отличается особенной торпидностью
4. характеризуется полиморфизмом высыпных элементов
5. не сопровождается системными симптомами

44.Склередеме Бушке предшествует:

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

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

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

46.Пигментная ксеродерма развивается при наследовании патологического гена:

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

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

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

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

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

49.Красные угри характеризуются всем перечисленным, кроме:

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

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

1. изоморфной реакции и симптома Пильнова

2. развития вокруг элементов «псевдоатрофического» ободка Воронова
3. отсутствие периферического роста элемента
4. исчезновения высыпаний
5. побледнения окраски высыпных элементов

51. Разновидностями истинной пузырчатки являются:

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

52. В группу акантолитической пузырчатки не входит:

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

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

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

54. Элементы свойственные вульгарной пузырчатке:

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

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

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

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

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

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

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

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

1. вульгарной пузырчатки

2. пемфигоида
3. герпетиформного дерматоза Дюринга
4. синдрома Лайелла
5. синдрома Стивенса-Джонсона

59.Для диагностики каких заболеваний показан метод прямой иммунофлюоресценции:

1. буллезного пемфигоида
2. васкулита
3. герпеса беременных
4. герпетиформного дерматоза Дюринга
5. все верно

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

1. Да.
2. Нет.

61.Инфильтрат при шанкриформной пиодермии:

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

62.Шанкриформная пиодермия начинается:

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

63.Язва при шанкриформной пиодермии характеризуется:

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

64.Язва при шанкриформной пиодермии:

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

65.Рожа:

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

66.Для стафилококкового импетиго характерно:

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

67.Какая цель неспецифических методов терапии чесотки?

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

68.Какие гистологические изменения при неосложненной чесотке?

- 1) в дерме под чесоточным ходом имеется хронический воспалительный лимфоцитарный инфильтрат;
- 2) внутри рогового слоя иногда можно увидеть розовые «косички» - остатки яичной скорлупы;
- 3) чесоточный ход локализуется в подкожно-жировой клетчатке;
- 4) чесоточный ход располагается в основном в роговом слое.

69.Какие клинические проявления норвежской чесотки?

- 1) массивные корковые наслоения на различных участках кожного покрова;
- 2) множественные чесоточные ходы;
- 3) полиморфные высыпания: папулы, везикулы, пустулы, корочки и чешуйки;
- 4) поражаются внутренние органы.

70.Какие препараты применяют для лечения чесотки?

- 1) перметрин;
- 2) противовирусные мази;
- 3) серная мазь;
- 4) эмульсия и мазь бензилбензоата.

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

- 1) амбулаторно
- 2) в стационаре
- 3) по желанию родителей
- 4) по усмотрению врача
- 5)возможны все перечисленные варианты

72.Ребенок, лечившийся по поводу микроспории волосистой части головы, может

посещать школу после:

- 1) одного отрицательного анализа
- 2) второго отрицательного анализа
- 3) третьего отрицательного контрольного анализа
- 4) шестого отрицательного контрольного анализа
- 5) сразу после окончания лечения

73.Различают следующие формы споротрихоза:

- 1) поверхностная
- 2) локализованная подкожная
- 3) диссеминированная кожная
- 4) висцеральная

5) все перечисленные

74.Подмышечный трихомикоз вызывается:

- 1) стрептококками
- 2) грибами
- 3) стафилококками
- 4) коринебактериями
- 5) вирусами

75.К противокандидозным средствам для лечения кожи относятся все перечисленные,

кроме:

- 1) мазей нистатиновой, амфотерициновой, декаминовой 0.5-1%
- 2) 0.25% спиртового или водного раствора анилиновых красителей
- 3) левориновой взвеси (2 г леворина, 20 мл 95% этилового спирта, 1000 мл дистиллированной воды)
- 4) бонафтоновой, оксолиновой или теброфеновой мазей
- 5) клотримазола

76.Хронический кандидоз слизистых связан с:

- 1) гипотиреозом
- 2) гипопаратиреозом
- 3) гипокортицизмом
- 4) понижением секреторной функции половых желез
- 5) со всем перечисленным

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

- 1) тошноты
- 2) рвоты
- 3) жидкого стула
- 4) повышения температуры
- 5) дерматитов

78.Развитию кандидоза способствует все перечисленное, кроме:

- 1) сахарного диабета
- 2) длительного лечения антибиотиками
- 3) потливости, мацерации кожи
- 4) иммунодефицита
- 5) гипертонической болезни

79.Плесневые грибы поражают все перечисленное, кроме:

- 1) кожи
- 2) слизистых
- 3) ногтей
- 4) внутренних органов
- 5) волос

80.Онихолизис может возникнуть на фоне:

- 1) кожных болезней
- 2) травматизации
- 3) эндокринных нарушений
- 4) бактериальных и грибковых инфекций
- 5) всего перечисленного

81.Поливалентная герпетическая вакцина назначается больным:

- 1) простым герпесом в остром периоде
- 2) простым герпесом в период обратного развития высыпаний
- 3) рецидивирующим герпесом в период полной ремиссии
- 4) рецидивирующим герпесом в период неполной ремиссии
- 5) во всех перечисленных случаях

82.К разновидностям простого пузырькового лишая в зависимости от локализации

относится:

- 1) герпес лица (губ, носа и т.д.)
- 2) герпес гениталий
- 3) герпетический кератит и гингивостоматит
- 4) герпетический менингоэнцефалит
- 5) все перечисленное

83.Целью симптоматической терапии при герпетической инфекции является:

- 1) ограничить распространение очагов инфекции и предупредить их нагноение
- 2) противорецидивное действие
- 3) санировать очаг вирусной инфекции
- 4) достичь иммунотерапевтического эффекта
- 5) все перечисленное

84.Ограниченное использование противовирусных антибиотиков при лечении герпетической инфекции связано:

- 1) с сильным токсическим действием на клетки организма больного и низкими антивирусными свойствами
- 2) с отсутствием противовирусных антибиотиков
- 3) с плохим проникновением препаратов в кожу
- 4) с плохим проникновением препаратов в нервные ганглии
- 5) правильного ответа нет

85.Использование в лечении герпетической инфекции интерферона и индукторов

интерферона:

- 1) защищает неинфицированные вирусом клетки (ткани)
- 2) подавляет репродукцию вируса
- 3) стимулирует специфический иммунитет
- 4) стимулирует неспецифический иммунитет
- 5) предупреждает пиогенизацию очагов

86.К противовирусным препаратам, применяемым при простом и опоясывающем

лишае, относится:

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

87.В комплексное лечение опоясывающего лишая включается:

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

88.К противовирусным препаратам относятся все перечисленные, кроме:

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

89.Специфическая иммунотерапия больных рецидивирующим герпесом проводится:

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

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

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

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

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

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

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

93.При сифилитическом регионарном склеродените в патологический процесс вовлекается:

- 1) капсула лимфатического узла
- 2) ткань лимфатического узла
- 3) окружающая клетчатка
- 4) прилежащая к узлу кожа

94.Шанкр-амигдалит представляет из себя:

- 1) эрозию миндалина
- 2) язву миндалина

- 3) увеличенную в размерах гиперемизированную миндалину
- 4) увеличенную в размерах обычной окраски миндалину

95.Высыпания при вторичном свежем сифилисе обычно:

- 1) необильные
- 2) обильные
- 3) несимметричные
- 4) неяркой окраски
- 5) сгруппированные

96.Разновидностями сифилитической плешивости являются все формы, кроме:

- 1) мелкоочаговой
- 2) крупноочаговой
- 3) диффузной
- 4) смешанной
- 5) тотальной

97.Бугорковый сифилис следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:

- 1) туберкулеза кожи
- 2) лейшманиоза
- 3) лепры
- 4) глубоких микозов
- 5) экземы

98.Основными препаратами для лечения больных сифилисом являются:

- 1) препараты пенициллина
- 2) препараты тетрациклина
- 3) препараты эритромицина
- 4) макролиды

99.Свежий острый передний уретрит гонорейной этиологии характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:

- 1) обильных гнойных выделений
- 2) болезненности при мочеиспускании
- 3) гиперемии губок наружного отверстия уретры
- 4) наличия гнойных нитей в 1-й и 2-й порциях мочи
- 5) наличия гнойных нитей в 1-й порции мочи

100.У женщин, больных гонореей, наиболее часто наблюдается следующая клиническая форма:

- 1) свежая острая
- 2) свежая подострая
- 3) свежая торпидная
- 4) латентная
- 5) хроническая

Эталон ответов:

101.Инфекции ВИЧ не передаются:

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

102. СПИДу могут сопутствовать:

- 1) оппортунистические инфекции внутренних органов
- 2) поражения нервной системы
- 3) эпидемическая саркома Капоши
- 4) волосатая лейкоплакия языка
- 5) все перечисленное

103. Для стрептококкового импетиго характерно все перечисленное, кроме:

- 1) появления на коже фликтен
- 2) желтых корок
- 3) быстрого распространения
- 4) воспалительных узлов
- 5) воспалительного ободка вокруг фликтен

104. При стрептококковом импетиго назначается все перечисленное, кроме:

- 1) растворов анилиновых красок
- 2) мазей со стероидными гормонами
- 3) вскрытия фликтен
- 4) паст с антибиотиками
- 5) мазей с антибиотиками

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

- 1) эритемы
- 2) отека
- 3) группы пузырьков
- 4) пузырей
- 5) эрозий

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

- 1) пятен и волдырей
- 2) пузырьков
- 3) наличия венчика гиперемии вокруг очага
- 4) группировки высыпаний на ограниченном участке кожи
- 5) склонности к рецидивам

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

- 1) оксолиновой мази
- 2) линимента госсипола
- 3) ихтиоловой мази
- 4) теброфеновой мази
- 5) мази заваракс

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

- 1) симптоматического местного лечения
- 2) симптоматического общего лечения
- 3) противовирусной антибиотикотерапии
- 4) специфической иммунотерапии
- 5) неспецифической иммунотерапии

109. Для опоясывающего лишая характерны:

- 1) эритема
- 2) отек
- 3) язвы
- 4) некроз
- 5) все перечисленное

110. Физioterпевтическое лечение опоясывающего лишая целесообразно назначать:

- 1) в начале заболевания
- 2) в острой фазе
- 3) в неполной ремиссии
- 4) при неврологических осложнениях
- 5) правильно 3) и 4)

Ключи к заданиям

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	5	5	2	4	2	1	4	5	2
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
5	2	5	1	4	2	1	5	3	3
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
5	5	4	5	5	3	5	2	3	4
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
5	4	1,2	1,2,3	4	1,2,3	5	1	2	3
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
3	5	1	4	5	4	5	5	5	1
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
1,3,4	3	3	2	2	5	1	2	5	2
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
5	2	5	4	5	3	1,2	1,2,4	1,2,3	1,3,4
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
2	3	5	4	4	5	5	5	5	5
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
3	5	1	1	1	5	5	1	2	1
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
2	1	2	3	2	5	5	1	4	3
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110
2	5	4	2	4	1	3	4	5	5

Ситуационные задачи**Задача № 1.**

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

Вопросы:

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

Эталон ответа

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

Задача №2

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

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

Эталон ответа

1. Диагноз: туберкулез кожи –туберкулезная волчанка

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

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

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

Задача №3

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

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

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

Вопросы:

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

Эталон ответов к задаче:

1. Диагноз «Хронический атрофический кандидоз. Микотическая заеда»
2. План обследования и лечения:
Анализ крови общий, на сахар, на ВИЧ, на RW;
Бактериологическое исследование;
Консультация гастроэнтеролога, кардиолога, лечение фоновой патологии;
Санация полости рта, замена протеза;
Повышение иммунитета, витаминотерапия;
Диета богатая белками, снизить количество углеводов;
Антимикотические препараты.

Задача № 4

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

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

Вопросы:

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

Эталон ответов к задаче

1. Диагноз «Острый псевдомембранозный кандидоз»
2. План обследования и лечения:
Анализ крови общий, на сахар, на ВИЧ, на RW;
Бактериологическое исследование;
Консультация гастроэнтеролога, лечение фоновой патологии;
Повышение иммунитета, витаминотерапия;
Диета богатая белками, снизить количество углеводов;
Антимикотические препараты.

Задача № 5.

Больная, 20 лет, две недели назад обожгла область предплечья кипятком.

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

Вопросы:

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

лечение.

Эталон ответа.

1. Сенсibilизация к пиококкам и их токсинам.
2. Острая микробная экзема.
3. Препараты кальция, гипосульфит натрия. Антигистаминные, антибиотики.
4. Примочки, водные р-ры красок. Противовоспалительные пасты с АСД,

ихтиолом,

нафталаном, кортикостероидные мази с антибиотиками.

Задача № 6

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

Вопросы:

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

Эталон ответа

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

Задача №7.

В стационар поступил больной 25 лет с жалобами на высыпания на руках, ногах, туловище. Болен 5 лет. Заболевание обостряется осенью и весной. Последнее обострение возникло месяц назад после психоэмоциональной нагрузки.

На коже волосистой части головы, туловища, разгибательных поверхностях рук, ног милиарные, лентикулярные, монетовидные папулы розово-красного цвета. На папулах чешуйки располагаются в центре, по их периферии виден красный ободок. На коленях и локтях бляшки. На месте эритемы от УФО свежие точечные узелковые высыпания.

Вопросы:

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

Эталон ответа

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

Задача №8.

Больной В., 36 лет, поступил с жалобами на наличие высыпаний на волосистой части

головы, туловище, конечностях, которые появились 10 ноября после переохлаждения. Болен 5 лет, но такие высыпания появились впервые. Аналогичным заболеванием страдает дядя.

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

Вопросы:

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

Эталон ответа

1. У больного диссеминированный экссудативный псориаз, прогрессирующая стадия, осеннезимняя форма.

2. Лечение: десенсибилизирующие, антигистаминные, мочегонные, препараты калия, гемодез 400,0 внутривенно 2 раза в неделю, затем присоединение иммуностимулирующих средств – пирогенал, аутогемотерапия, витаминотерапия. Наружно- 3% серная мазь. Физиолечение: элекросон в прогрессирующей стадии. Общее УФО в регрессивной стадии.

3. Диспансерное наблюдение у дерматолога, избегать переохлаждения и стрессов, противорецидивное лечение осенью (витаминотерапия, иммуностимуляторы, общее УФО).

Задача № 9.

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

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

Вопросы:

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

Эталон ответа

1. У больного диссеминированный экссудативный псориаз, прогрессирующая стадия, осеннезимняя форма.

2. Лечение: десенсибилизирующие, антигистаминные, мочегонные, препараты калия, гемодез 400,0 внутривенно 2 раза в неделю, затем присоединение

иммуностимулирующих средств - пирогенал, аутогемотерапия, витаминотерапия. Наружно- 3% серная мазь. Физиолечение: элекросон в прогрессирующей стадии. Общее УФО в регрессивной стадии.

3. Диспансерное наблюдение у дерматолога, избегать переохлаждения и стрессов, противорецидивное лечение осенью (витаминотерапия, иммуностимуляторы, общее УФО).

Задача № 10.

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

Вопросы:

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

Эталон ответа.

1. У больной листовидная пузырчатка (эрозии, покрытые слоистыми корками, РН-клетки обнаружены в мазках отпечатках, симптом Никольского положителен, тяжелое общее состояние больной).

2. Листовидную пузырчатку дифференцируют с эритродермиями различного происхождения (вторичные эритродермии, токсикодермии), с токсическим эпидермальным некролизом (синдром Лайелла), вульгарной пузырчаткой, герпетиформным дерматитом Дюринга (пузырной формой).

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

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

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

Задача № 11.

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

Родилась в срок, росла и развивалась нормально. В детстве

перенесла корь, ветряную оспу и ангины. Замужем с 17 лет, имела 3 беременности, 2 из которых закончились нормальными родами, дети здоровы. Последняя беременность была прервана в июле 2007 года ввиду заболевания пузырчаткой. Наследственность не отягощена, родители, 2 брата и 2 сестры здоровы.

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

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

Вопросы:

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

Эталон ответа

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

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

3. Начинают лечение с ударных доз кортикостероидных гормонов 100-180 мг преднизолона - комбинация парентерального и перорального пути введения препарата - до эпителизации эрозий с последующим снижением дозы препарата до поддерживающей

каждые 5 -10 дней на 5-2,5 мг. Одновременно назначают препараты калия (аспаркам, панангин), антибиотики широкого спектра, затем - по чувствительности флоры в антибиотикам, витамины группы В, аскорбиновую кислоту, анаболические гормоны (ретаболил, нераболил), антикоагулянты, диуретики. Возможна комбинация кортикостероидов с цитостатиками, что позволяет снизить дозу стероидов. Наружно: аэрозоли, содержащие глюкокортикоиды и антибиотики, анилиновые красители.

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

Задача №12

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

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

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

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

Эталон ответа

1. Листовидная пузырчатка
2. Листовидную пузырчатку дифференцируют с эритродермиями различного происхождения (вторичные эритродермии, токсикодермии), с токсическим эпидермальным некролизом (синдром Лайелла), вульгарной пузырчаткой, герпетиформным дерматитом Дюринга (пузырной формой).

3. Начинают лечение с ударных доз кортикостероидных гормонов 100-180 мг преднизолона - комбинация парентерального и перорального пути введения препарата - до эпителизации эрозий с последующим снижением дозы препарата до поддерживающей каждые 5 -10 дней на 5-2,5 мг. Одновременно назначают препараты калия (аспаркам, панангин), антибиотики широкого спектра, затем - по чувствительности флоры к антибиотикам, витамины группы В, аскорбиновую кислоту, анаболические гормоны (ретаболил, нераболил), антикоагулянты, диуретики. Возможна комбинация

кортикостероидов с цитостатиками, что позволяет снизить дозу стероидов. Наружно: аэрозоли, содержащие глюкокортикоиды и антибиотики, анилиновые красители.

Задача № 13.

Больной А., 15 лет обратился к дерматологу с жалобами на поражение кистей. Болен 10 дней. Не лечился. Мыл руки с мылом, считая, что таким образом сможет избавиться от болезни. При осмотре: на коже кистей имеются дряблые пузыри с гнойным содержимым и венчиком гиперемии по периферии, гнойные корки соломенно-желтого цвета, эрозии с серозно-гнойным отделяемым, увеличены и болезненны подмышечные лимфоузлы.

Вопросы:

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

Эталон ответа

1. У больного стрептококковое импетиго кистей, осложненное лимфаденитом.
2. Пустула при стрептококковом импетиго называется «фликтена».
3. Водные процедуры.
4. Исключить контакт с водой. Местно: анилиновые красители, пасты с добавлением

антибактериальных мазей (фуцидин, банеоцин, гентамициновая и др.). Поскольку имеется лимфаденит, следует назначить антибиотик по результатам посева и определения чувствительности выделенной флоры к антибиотикам (макролиды, линкозамиды и т. д).

Задача №14.

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

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

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какие необходимо провести лабораторные исследования больному?

Эталон ответа

1. Фолликулит. Фурункулез
2. Санация очагов хронической инфекции (консультации стомаолога, гастроэнтеролога, лор-врача)
3. Обследования на глюкозу крови, консультация эндокринолога

Задача №15.

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

дома, злоупотребляет алкоголем.

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

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каковы клинические особенности чесотки у детей?
3. Какая должна быть проведена эпид. работа в очаге?
4. Назначьте лечение.

Эталон ответа

1. У матери и ее сына - чесотка.
2. У детей клинические проявления чесотки напоминают крапивницу, экзему.

Высыпания

могут располагаться на лице, волосистой части головы, чесотка у детей часто осложняется пиодермией.

3. Необходимо обследовать бабушку и дядю, при выявлении чесотки - лечить одновременно

всю семью, при отсутствии заболевания у других членов семьи – провести им профилактическое лечение. Провести дезинфекцию в очаге. Диспансерное наблюдение очага – 1,5 месяца.

4. Эмульсия бензил-бензоата 20% - взрослым, 10% - ребенку, 1 и 4 день лечения вечером

после душа. На пустулы ребенку – 1% метиленовая синь.

Задача № 16.

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

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

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

Под люминесцентной лампой – бурое свечение пятен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Обоснование диагноза?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение больному.

5. Меры профилактики?

Эталон ответа

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

Профилактические курсы лечения с марта по май, обрабатывая кожу низорал-шампунем каждый месяц 3 дня подряд по 5 минут.

Задача №17.

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

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

Вопросы:

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

Эталон ответа

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

Задача №18.

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

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

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Лечебные мероприятия.

Эталон ответа

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

Задача № 19.

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

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

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

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Обоснование диагноза?

Эталон ответа

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

Задача № 20.

Больная 57 лет, жалуется на общее недомогание, сильные боли в правой половине грудной клетки и на высыпания в этой же области. Заболела 4 дня назад. Заболеванию предшествовало переохлаждение. Объективно: в V-VI межреберных промежутках справа имеется 4 очага поражения размерами от 4 до 8 см в диаметре. В очагах видны группы многочисленных пузырьков с серозным экссудатом; кожа, на которой расположены пузырьки, отечна, розово-красного цвета.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Назначьте лечение больной

Эталон ответа

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

Задача № 21.

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

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

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Назначьте лечение

Эталон ответа

1. Диагноз: простой пузырьковый лишай или простой герпес.
2. Лечение местное: анилиновыми красителями и противовирусными мазями.

При частых обострениях более 4 раз в год – общая терапия производными ацикловира.

Задача № 22.

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

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

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

Серологические реакции положительные.

ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗ, ЭПИД. МЕРОПРИЯТИЯ.

Эталон ответа

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

Задача №23.

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

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

ТАКТИКА ОБЛЕДОВАНИЯ И ОБОСНОВАНИЯ ДИАГНОЗА.

Эталон ответа

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

хирургически. Серологическое обследование в динамике.

Задача №24.

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

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

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

Серологические реакции – отрицательные.

ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗ. ЭПИД.МЕРОПРИЯТИЯ.

Эталон ответа

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

Задача № 25.

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

При поступлении состояние удовлетворительное, губки наружного отверстия уретры гиперемированы, отечны, уретра пальпируется в виде мягко-эластического тяжа, выделения из нее обильные, гнойные. Наружные половые органы без особенностей, предстательная железа при пальпации не изменена. Мочеиспускание свободное, частое, умеренно болезненное.

Макроскопическое исследование мочи: обе порции диффузно мутные. Микроскопическое исследование мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения. Микроскопическое исследование мазков отделяемого слизистой оболочки уретры: лейкоцитоз и гонококки. Общий анализ крови: Нb142 г/л, лейкоциты - $5,4 \times 10^9$ /л, СОЭ 6 мм в час. Комплекс серологических реакций на сифилис отрицателен.

Вопросы:

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

Эталон ответа

1. У больного свежая неосложненная гонорея, острый тотальный уретрит.
2. Для лечения этого больного можно рекомендовать бензил-пенициллин в курсовой дозе 3,4

млн ЕД: первая инъекция 600 000 ЕД, последующие 400 000 ЕД с интервалом 3 ч без ночного перерыва, или спектиномицин 2,0 г внутримышечно однократно.

3. Комбинированная провокация - это чаще всего сочетание биологической (500 млн

микробных тел гонококков (внутримышечно), химической (инстилляция в уретру 0,5 % раствора нитрата серебра) и алиментарной (острая, соленая пища) провокаций.

4. Больному гонореей с невыявленным источником заражения, но имеющим постоянное

место жительства, превентивное лечение не проводится, клинико-серологический контроль осуществляется в течение 3-х месяцев.

Задача № 26.

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

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

Вопросы:

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

Эталон ответа

1. У больного хронический тотальный уретрит и хронический катаральный простатит.

2. Для выяснений этиологии воспаления следует провести исследование на весь спектр возбудителей ЗППП. При исследовании соскоба из уретры: гонококки, трихомонады, уреаплазмы не найдены. Обнаружены методом ПИФ с моноклональными антителами хламидии.

3. Окончательный диагноз: Хронический хламидийный тотальный уретрит, хронический хламидийный катаральный простатит.

4. Лечение хронического хламидиоза: иммуномодулятор Миелопид в/м по 1 дозе 1 раз в день в течение 3-5 дней, затем Вильпрафен

(Джозамицин) по 500 мг 2 раза в день - 15 дней. Параллельно назначают пероральные эубиотики (ацилакт, бификол) до 30 дней по 5 доз на прием 1 раз в день. Индуктотермия промежности 5. Контроль излеченности урогенитального хламидиоза проводится по суммарным клиниколабораторным показателям. Критериями излеченности является: исчезновение клинических симптомов заболевания, отсутствие морфологических изменений в области пораженных органов, Элиминация возбудителя. Излеченными считаются больные, у которых клиническое выздоровление сочетается с этиологическим. 1 контроль проводится сразу после окончания лечения. Если обнаруживаются единичные элементарные тельца, то курс лечения может быть продлен не более, чем на 10 дней.

Дальнейший клинико-лабораторный контроль проводится 1 раз в месяц в течение 1-2 месяцев.

Задача №27.

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

Вопросы:

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

Эталон ответа

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

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

Задача № 28.

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

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

Эталон ответа

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

Задача № 29.

Женщина 40 лет обратилась в лабораторию для обследования на СПИД. Свое

желание мотивировала тем, что была на отдыхе на туристической базе, в области, где зарегистрированы случаи СПИД, и что она подверглась укусам кровососущих членистоногих.

Вопросы:

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

Эталон ответа

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

Контрольные вопросы для текущего контроля знаний при изучении темы: «Пиодермии: стрептококковое импетиго. Акне».

Вопросы для обсуждения и объяснения:

1. Назовите клинические формы стрептодермий.
2. Как выглядит стрептококковое импетиго?
3. Перечислите средства специфической иммунотерапии при пиодермиях.
4. Почему при пиодермии противопоказаны водные процедуры?
5. Назовите методы физиотерапии при лечении пиодермий.
6. Почему заниженный прикус имеет значение в патогенезе заеды?
7. Почему стрептодермия чаще возникает у детей?
9. Принципы и методы общего лечения пиодермий.
10. Наружное лечение пиодермий в зависимости от особенностей клиники.
11. Угревая болезнь: этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика.

Тематика рефератов

1. Строение слизистой оболочки полости рта и губ.
2. Красный плоский лишай на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ.
3. Синдром Гриншпана.
4. Методы лечения красного плоского лишая.
5. Красная волчанка губ и слизистой полости рта.
6. Клиника вульгарной пузырчатки на слизистой полости рта.
7. Методы диагностики вульгарной пузырчатки слизистой полости рта.
8. Методы лечения вульгарной пузырчатки.
9. Дифференциальная диагностика вульгарной пузырчатки слизистой полости рта.
10. Поражение слизистой оболочки полости рта при многоформной экссудативной эритеме.
11. Отек Квинке: этиопатогенез, клиника, тактика врача при его возникновении.
12. Синдром Стивенса-Джонсона.
13. Медикаментозные токсикодермии.
14. Туберкулез слизистой оболочки полости рта.
15. Современные антигистаминные средства.

16. Топические стероиды в практике стоматолога.
17. Атопический хейлит.
18. Чесотка. Этиология, эпидемиология, клиника, лечение.
19. Общие принципы лечения пиодермий.
20. Кандидоз слизистой оболочки полости рта: этиология, патогенез, клиника.
21. Методы лечения кандидоза слизистой полости рта.
22. Микроспория. Этиология, эпидемиология, клиника, лечение.
23. Современные противогрибковые средства.
24. Герпетический стоматит: этиопатогенез, клиника, лечение.
25. Противогерпетические средства в практике стоматолога.
26. Синдром Мелькерсона-Розенталя.
27. Этиология и эпидемиология сифилиса.
28. Ошибки стоматолога в диагностике сифилиса.
29. Клинические особенности твердых шанкров на слизистой оболочке полости рта и губах.
30. Клиника и дифференциальная диагностика шанкра-амигдалита.
31. Поражение слизистых оболочек во вторичном периоде сифилиса.
32. Поражение слизистой полости рта при третичном сифилисе.
33. Поражение зубов при позднем врожденном сифилисе.
34. Виды и средства лечения сифилиса. 35. Общественная и личная профилактика сифилиса.
36. Поражение слизистой оболочки полости рта при ВИЧ-инфекции.

Раздел 1.1 Общая дерматология

Тема 1. Строение кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.

Функции кожи.

I. Самостоятельная внеаудиторная работа

Проработать учебный материал по вопросам:

Вопросы:

1. Строение эпидермиса.
2. Строение дермы.
3. Строение гиподермы.
4. Строение слизистой оболочки полости рта.
5. Строение красной каймы губ.
6. Строение языка.
7. Функции кожи и слизистых.
8. Назовите патогистологические изменения в эпидермисе, дерме?
9. Какие сосочки различают на слизистой оболочке спинки языка?
10. Эпителий каких сосочков языка постоянно подвергается ороговению и слущиванию?
11. В покровном эпителии каких сосочков языка заложены вкусовые луковицы?
12. Как называется переходная зона от кожи наружной поверхности губы к ее

вестибулярной поверхности?

13. Как называется линия смыкания губ?

14. Какой эпителий выстилает красную кайму губ?

15. Какие упражнения предназначены для тренировки круговой мышцы рта?

16. Какие антисептики используют для обработки слизистой полости рта?

17. Какие средства, способствующие эпителизации, используют для лечения слизистой оболочки полости рта?

Задача № 1

На коже лица у больного имеются воспалительные пятна, папулы, пузырьки. Какой это полиморфизм сыпи?

Задача № 2

На слизистой оболочке полости рта, красной кайме губ у больного видны папулы, пузырьки, эрозии, корки. Какой это вид полиморфизма?

Задача № 3

У больного в зоне Клейна справа расположены точечные, сгруппированные пузырьки. Каков эволюционный регресс этих высыпаний?

Тема 2: Первичные и вторичные морфологические элементы кожных сыпей.

Цель: Сформировать умение определять основные первичные и вторичные морфологические элементы

I. Самостоятельная внеаудиторная работа Проработать учебный материал по вопросам:

1. Перечислите бесполостные первичные морфологические элементы.

2. Назовите полостные первичные морфологические элементы.

3. Какую сыпь называют мономорфной?

4. Понятие об истинном и ложном полиморфизме.

5. Перечислите разновидности папул по величине и форме.

6. Чем отличается пузырек от пузыря?

7. Назовите разновидности пустул.

8. Пути регресса бугорка.

9. Чешуйка: определение, характеристика, пути регресса, клинические примеры

10. Эрозия: определение, характеристика, пути регресса, клинические примеры

11. На месте каких морфологических элементов образуются язвы?

12. Язва: определение, характеристика, пути регресса, клинические примеры

13. Каков регресс эрозий и чем он объясняется?

14. Исходом каких морфологических элементов являются корки?

15. Корка: определение, характеристика, пути регресса, клинические примеры

16. Что такое рупия?

17. Ссадина: определение, характеристика, пути регресса, клинические примеры

18. Трещина: определение, характеристика, пути регресса, клинические примеры

19. Рубец: определение, характеристика, пути регресса, клинические примеры

20. Рубцевидная атрофия: определение, характеристика, пути регресса, клинические примеры

21. Лихенификация: определение, характеристика, пути регресса, клинические примеры
22. Вегетация: определение, характеристика, пути регресса, клинические примеры
23. Какова методика - обследования дерматологического больного с высыпаниями на слизистой полости рта?

Раздел 1.2 Инфекционные заболевания кожи

Тема 3. Стафилодермии: остеофолликулит, фолликулит, фурункул, фурункулез, гидраденит.

Цель занятия: изучить диагностику, профилактику и оказание лечебно-консультативной помощи больным пиодермиями.

I. Самостоятельная внеаудиторная работа

Проработать учебный материал по вопросам:

1. Какие бактерии наиболее часто вызывают пиодермии?
2. Назовите основные звенья патогенеза пиодермий.
3. Эндогенные и экзогенные факторы развития пиодермий.
4. Какова роль носительства стафилококка в развитии пиодермий?
5. Какие заболевания кожи вызываются золотистым стафилококком?
6. Что такое эктима?
7. Каковы особенности течения гидраденита?
8. Что означают термины «одиночный фурункул», «множественные фурункулы», «фурункулез»?
9. На фоне какого общего заболевания нередко возникает фурункулез?
10. Назовите показания к назначению антибиотиков больным пиодермиями.
11. При каких формах пиодермий назначается только наружная терапия?
12. Укажите методы общего и наружного лечения фурункула в зависимости от стадии.

Тема 4. Стрептодермии. Чесотка. Вшивость.

I. Самостоятельная внеаудиторная работа Проработать учебный материал по вопросам:

1. Назовите клинические формы стрептодермий.
 2. Как выглядит стафилококковое импетиго?
 3. Что такое эктима?
 4. Перечислите средства специфической иммунотерапии при пиодермиях.
 5. Почему при пиодермии противопоказаны водные процедуры?
 6. Назовите методы физиотерапии при лечении пиодермий.
 7. Почему заниженный прикус имеет значение в патогенезе заеды?
 8. Почему стрептодермия чаще возникает у детей?
1. Дайте определение чесотки.
 2. Назовите пути передачи инфекции.
 3. Как клинически распознается чесотка?

4. Укажите основные места локализации чесоточных элементов.
5. Какие субъективные ощущения испытывает больной чесоткой?
6. Назовите осложнения чесотки.
7. В каких случаях диагностика чесотки затруднена?
8. Какие методы дополнительного исследования можно провести для уточнения диагноза чесотки?
9. Какая концентрация серной мази показана для наружной терапии больных чесоткой с учетом возраста?
10. Перечислите средства лечения больных чесоткой.
11. С какими заболеваниями следует дифференцировать чесотку?
12. Каковы методы профилактики чесотки?
13. Какие разновидности вшей поражают человека?
14. Назовите пути передачи вшей.
15. Дайте описание головной вши.
16. Каковы особенности лобкового педикулеза?
17. Назовите клинические проявления педикулеза тела?
18. Каковы излюбленные места локализации платяной вши?
19. Какие морфологические элементы сыпи имеются при педикулезе?
20. Характерен ли зуд для педикулеза?
21. На основании чего ставится диагноз педикулез?
22. С какими заболеваниями нужно дифференцировать педикулез?
23. Назовите средства для лечения педикулеза волосистой части головы?
24. Чем лечить лобковый педикулез?
25. Что необходимо для лечения педикулеза тела?
26. Переносчиками каких болезней являются вши?
27. Каковы меры профилактики педикулеза?

Тема 5. Кандидоз слизистой полости рта и губ

Цель занятия: научиться диагностировать, оказывать консультативную помощь и восстанавливать здоровье больных кандидозом слизистой оболочки рта.

I. Самостоятельная внеаудиторная работа

Проработать учебный материал по вопросам:

1. Какие возбудители вызывают кандидоз?
2. Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию кандидоза.
3. Назовите пути передачи кандидозной инфекции.
4. Почему длительный прием антибиотиков способствует возникновению кандидоза?
5. Почему длительный прием кортикостероидов способствует возникновению кандидоза?
6. Перечислите проявления кандидоза на слизистой оболочке полости рта.
7. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать кандидозные поражения кожи и слизистых?

8. Чем отличается кандидозная заеда от стрептококковой?
9. Назовите современные системные антимикотики и показания к их применению при кандидозе.
10. Назовите современные наружные противогрибковые средства.
11. Средства терапии молочницы у детей.
12. Какова роль рационального протезирования в профилактике кандидозной заеды?
13. Почему санация и гигиена полости рта являются необходимым условием борьбы с кандидозом?
14. С какими заболеваниями связано появление в зрелом возрасте хронического кандидоза кожи и слизистых?

Тема 6. Микроспория. Микозы стоп. Онихомикозы.

- I. Самостоятельная внеаудиторная работа
Проработать учебный материал по вопросам:
 1. Какие элементы гриба располагаются в волосе, и какие в чешуйках кожи и ногтях?
 2. Каковы пути передачи микроспории?
 3. Кто чаще болеет зооантропонозной микроспорией?
 4. Укажите дифференциально- диагностические признаки микроспории.
 5. Почему микроскопическая картина пораженного волоса дает основание поставить диагноз того или другого трихомикоза?
 6. Какие средства общей и наружной терапии применяются для лечения микроспории?
 7. Какие возбудители вызывают микозы стоп?
 8. Назовите предрасполагающие факторы возникновения микозов стоп.
 9. Дайте классификацию микозов стоп.
 10. Опишите интертригинозный микоз стоп.
 11. Укажите особенности клиники острой эпидермофитии.
 12. Перечислите возбудителей, которые вызывают поражение ногтей.
 13. Какие изменения развиваются при онихомикозах?
 14. Назовите типы онихомикозов.
 15. Какой тип онихомикозов наиболее распространен? Дайте его клиническую характеристику.
 16. Какие клинические особенности имеет белый поверхностный тип онихомикоза?
 17. Назовите методы диагностики микозов стоп и онихомикозов.
 18. Какие препараты применяются для лечения микозов стоп и онихомикозов?
 19. Какие средства наружной терапии используются при лечении микозов стоп в зависимости от клинических проявлений?
 20. Какие средства применяются для местной терапии онихомикозов?

Тема 7. Вирусные дерматозы: простой пузырьковый лишай, опоясывающий лишай, бородавки вульгарные и плоские.

Цель: научиться диагностировать типичные формы вирусных дерматозов и

оказывать консультативную помощь.

I. Самостоятельная внеаудиторная работа

Проработать учебный материал по вопросам:

1. Какие кожные заболевания относятся к вирусным?
2. Какими вирусами вызывается простой пузырьковый лишай (простой герпес)?
3. Назовите пути заражения простым пузырьковым лишаем.
4. Каковы клинические проявления простого герпеса?
5. С какими заболеваниями надо дифференцировать простой герпес?
6. Назовите возбудителя опоясывающего лишая.
7. Каковы клинические особенности опоясывающего лишая?
8. Какова дифференциальная диагностика опоясывающего лишая.
9. Перечислите методы лабораторной диагностики герпеса.
10. Назовите лекарственные средства, применяемые в лечении герпеса.
11. Какое заболевание кожи вызывает папилломовирус человека?
12. Назовите клинические разновидности бородавок.
13. Перечислите методы лечения бородавок.

Тема 8. Туберкулез кожи и слизистых.

I. Самостоятельная внеаудиторная работа

Проработать учебный материал по вопросам:

1. Чем объясните разнообразие клинических форм туберкулеза кожи?
2. Почему выделяют первичную и вторичную формы скрофулодермы?
3. Почему чаще скрофулодерма возникает в области шеи?
4. Почему бородавчатый туберкулез кожи чаще возникает на кистях?
5. Почему при папуло-некротическом туберкулезе на месте первичного элемента остается рубец?
6. Почему люпому дифференцируют с бугорком при III сифилисе?
7. Чем объясняется симптом Пospelова при туберкулезной волчанке?
8. Чем объясняется симптом «яблочного желе» при туберкулезной волчанке?
9. Почему скрофулодерма ведет к образованию бахромчатых зубцов?
10. Почему при туберкулезной волчанке на рубцах возникают свежие бугорки?
11. Почему органнй туберкулез является фактором риска для туберкулеза кожи?
12. Чем объясняется возникновение милиарно-язвенного туберкулеза на слизистой оболочке рта или вблизи от естественных отверстий?
13. Каковы основные принципы диспансеризации больных туберкулезом кожи?
14. Почему при лечении туберкулеза кожи применяется одновременно несколько противотуберкулезных препаратов?
15. Почему при лечении туберкулеза кожи необходимо использовать наряду со специфическими неспецифические (общеукрепляющие или стимулирующие) средства?

Раздел 1.3 Неинфекционные заболевания кожи

Тема 9. Красная волчанка. Многоформная экссудативная эритема.

I. Самостоятельная внеаудиторная работа

Проработать учебный материал по вопросам:

1. Назовите основные теории этиопатогенеза многоформной экссудативной эритемы.
2. Относится ли многоформная экссудативная эритема к дерматозам с выраженной сезонностью?
3. Укажите высыпания при многоформной экссудативной эритеме, характерные для кожи.
4. Укажите высыпания при многоформной экссудативной эритеме, характерные для слизистой оболочки полости рта.
5. Укажите высыпания при многоформной экссудативной эритеме, характерные для красной каймы губ.
6. Среди ниже перечисленных выберите клинические признаки, характерные для многоформной экссудативной эритемы: полиморфизм высыпаний, положительный симптом Никольского, симметричность высыпаний, обнаружение в мазках-отпечатках клеток Тцанка, сезонность рецидивов, чувствительность к йоду.
7. В чем проявляется нарушение общего состояния при многоформной экссудативной эритеме?
8. С какими заболеваниями следует дифференцировать многоформную экссудативную эритему с локализацией на губах и слизистой полости рта?
9. На основании каких признаков можно поставить диагноз многоформной экссудативной эритемы?
10. Какие лекарственные препараты применяются для лечения многоформной экссудативной эритемы?
11. В чем заключается местное лечение многоформной экссудативной эритемы?
12. Почему санация хронических очагов инфекции является одним из методов профилактики рецидивов многоформной экссудативной эритемы?
13. Перечислите факторы риска для возникновения красной волчанки.
14. Укажите клинические формы красной волчанки, локализирующиеся на губах и слизистой оболочке полости рта.
15. Укажите симптомы, характерные для типичной красной волчанки, при локализации на губах.
16. На чем основана классификация красной волчанки на губах?
17. Укажите симптомы, характерные для эрозивной красной волчанки, при локализации на губах.
18. Почему одной из частых локализаций красной волчанки являются губы, особенно нижняя?
19. Почему на красной кайме губ и слизистой полости рта возникает эрозивно-язвенная форма красной волчанки?
20. Перечислите клинические признаки дискоидной красной волчанки с локализацией высыпаний на лице.
21. Почему исходом высыпаний красной волчанки является атрофия?
22. Каков характер свечения в лучах лампы Вуда поражения губ при красной

волчанке?

23. Перечислите заболевания, с которыми следует дифференцировать красную волчанку губ и слизистой оболочки полости рта.

24. Какое значение имеет санация полости рта в профилактике рецидивов красной волчанки?

25. Назовите методы профилактики красной волчанки.

Тема 10. Красный плоский лишай.

I. Самостоятельная внеаудиторная работа

Проработать учебный материал по вопросам:

1. Перечислите теории этиопатогенеза красного плоского лишая.
2. Укажите типичную локализацию высыпаний при красном плоском лишае.
3. Назовите первичный морфологический элемент при красном плоском лишае.
4. Перечислите клинические формы красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта.
5. Чем обусловлена сетка Уикхема на поверхности папул красного плоского лишая?
6. Дайте характеристику синдрому Гриншпана.
7. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта?
8. Какие субъективные жалобы бывают у больных красным плоским лишаем при локализации сыпи на коже?
9. Почему для лечения красного плоского лишая применяются седативные средства?
10. Назовите немедикаментозные методы лечения красного плоского лишая.
11. Почему заболевания желудочно-кишечного тракта являются фактором риска для красного плоского лишая на слизистой полости рта?
12. Как объяснить связь дентальной патологии с возникновением красного плоского лишая на слизистой оболочке полости рта?
13. Почему своевременное протезирование является одним из методов профилактики рецидивов красного плоского лишая?
14. Почему при красном плоском лишае в области слизистой оболочки рта необходима санация полости рта?

Тема 11. Пузырные дерматозы: акантолитическая пузырьчатка.

I. Самостоятельная внеаудиторная работа

Проработать учебный материал по вопросам:

1. При каких формах акантолитической пузырьчатки поражается слизистая оболочка полости рта.
2. Охарактеризуйте клинические проявления вульгарной пузырьчатки на коже и слизистых.
3. Почему при вульгарной пузырьчатке пузыри на слизистой оболочке быстро вскрываются после их образования?

4. Чем обусловлен симптом Никольского?
5. Какое патогистологическое явление лежит в основе образования пузырей при акантолитической пузырчатке?
6. Что обнаруживают в мазках-отпечатках со дна эрозий при акантолитической пузырчатке и какое это имеет диагностическое значение?
7. Расскажите методику взятия мазков-отпечатков на клетки Тцанка со слизистой оболочки полости рта.
8. Перечислите заболевания, с которыми следует дифференцировать вульгарную пузырчатку на слизистой оболочке полости рта.
9. Назовите основные группы лекарственных препаратов для лечения акантолитической пузырчатки.
10. Гигиена полости рта у больных пузырчаткой.
11. Какие осложнения могут возникнуть при длительном лечении глюкокортикостероидами?
12. С какой целью при пузырчатке назначают цитостатики?
13. Каков прогноз при пузырчатке?

Тема 12. Аллергодерматозы: дерматиты, экзема, крапивница, отек Квинке, токсикодермия.

I. Самостоятельная внеаудиторная работа Проработать учебный материал по вопросам:

1. Этиологические факторы простого контактного дерматита.
2. Этиологические факторы аллергического дерматита.
3. Причины возникновения токсикодермии.
4. Методы и средства лечения токсикодермии.
5. Теории этиопатогенеза истинной экземы
6. Перечислите стадии экзематозного процесса.
7. Перечислите клинические признаки микробной экземы.
8. Укажите типичные места локализации высыпаний при себорейной экземе.
9. Почему больные аллергодерматозами должны соблюдать диету?
10. Какой полиморфизм сыпи при экземе: истинный или ложный?
11. Перечислите средства наружной терапии экземы в зависимости от ее стадии.
12. Назовите методы и средства общей терапии экземы.
13. Перечислите современные антигистаминные препараты.
14. Перечислите современные топические кортикостероиды.
15. Укажите, какие симптомы характерны для отдельных форм экземы.
16. Перечислите этиологические факторы крапивницы.
17. Перечислите различные варианты крапивницы с патогенетической точки зрения.
18. Какой морфологический элемент характерен для крапивницы?
19. Назовите субъективные ощущения при крапивнице.
20. Каков план обследования больных крапивницей?

21. Какие существуют диагностические тесты, подтверждающие диагноз крапивницы?
22. Назовите принципы лечения крапивницы.
23. Назовите современные антигистаминные препараты, используемые в лечении крапивницы.
24. Каков исход сыпи при крапивнице?
25. Каков прогноз при крапивнице?
26. Чем проявляется отек Квинке?
27. Перечислите комплекс экстренных лечебных мероприятий при отеке Квинке.
28. Проведите дифференциальную диагностику отека Квинке и синдрома Мелькерсона-Розенталя
29. В чем заключается профилактика рецидивов крапивницы и отека Квинке?

Тема 13. Хейлиты.

I. Самостоятельная внеаудиторная работа

Проработать учебный материал по вопросам:

1. Классификация хейлитов.
2. Этиология, провоцирующие факторы хейлитов.
3. Первичные хейлиты. Виды. Клиника. Диагностика. Лечение.
4. Вторичные хейлиты. Виды. Клиника. Диагностика. Лечение.
5. Этиология, клинические проявления и лечение ангулярного хейлита.
6. Этиология, клинические проявления и лечение glandулярного хейлита.
7. Этиология, клинические проявления и лечение эксфолиативного хейлита.
8. Этиология, клинические проявления и лечение метеорологического, актинического, контактного, экзематозного, атопического хейлита, хронической трещины губы, макрохейлита Россолимо Мелькерсона- Розенталя.
9. Этиология, клинические проявления и лечение «географического» языка.
10. Этиология, клинические проявления и лечение срединного ромбовидного глоссита.
11. Этиология, клинические проявления и лечение «волосатого» языка.
12. Этиология, клинические проявления и лечение складчатого языка.

Раздел 2. Венерология

Тема № 14 Этиология и эпидемиология сифилиса. Общее течение сифилиса.

Первичный период сифилиса, особенности поражения слизистой полости рта.

I. Самостоятельная внеаудиторная работа

Проработать учебный материал по вопросам:

1. Почему возбудитель сифилиса называют бледной трепонемой?
2. Перечислите виды движения бледной трепонемы.
3. Назовите пути заражения сифилисом.
4. Каковы пути выявления больных сифилисом?
5. Что такое метод конфронтации при сифилисе?

6. Дайте характеристику иммунитету при сифилисе.
7. Почему возможна суперинфекция при сифилисе?
8. Назовите среднюю длительность инкубационного периода при сифилисе.
9. Перечислите причины удлинения инкубационного периода при сифилисе.
10. Назовите факторы, приводящие к укорочению инкубационного периода при сифилисе.
11. Какова продолжительность первичного периода сифилиса?
12. Какова продолжительность вторичного периода сифилиса?
13. Через сколько недель после заражения сифилитической инфекцией появляется твердый шанкр?
14. Перечислите клинические признаки твердого шанкра.
15. Почему шанкр называют твердым?
16. Почему твердый шанкр (в типичных случаях) не сопровождается болезненностью?
17. Назовите клинические разновидности твердого шанкра.
18. Перечислите атипичные формы твердого шанкра.
19. Назовите возможные осложнения твердого шанкра.
20. С какими заболеваниями следует дифференцировать твердый шанкр при его локализации во рту?
21. Возможен ли профессиональный путь заражения врача-стоматолога при наличии твердого шанкра во рту у пациента?
22. Через какое время после появления твердого шанкра возникает регионарный склераденит?
23. Дайте характеристику клиническим признакам регионарного склераденита.
24. Назовите сроки появления полиаденита.
25. Сколько времени длится первичный период сифилиса?
26. С каких проявлений первичного периода сифилиса можно обнаружить бледную трепонему?

Тема 15. Вторичный и третичный периоды сифилиса, особенности поражения слизистой полости рта.

I. Самостоятельная внеаудиторная работа Проработать учебный материал по вопросам:

1. Через какое время от момента заражения наступает вторичный период сифилиса?
2. Какие клинические проявления характерны для вторичного сифилиса?
3. Перечислите заразные проявления вторичного сифилиса.
4. Сколько длится вторичный период сифилиса?
5. Чем объясняется волнообразность течения вторичного сифилиса?
6. Какие проявления вторичного сифилиса наиболее часто встречаются на слизистой оболочке полости рта?
7. Как выглядят “опаловые бляшки”?
8. Перечислите клинические признаки эритематозной ангины.

9. Почему возникает осиплость голоса во вторичном периоде сифилиса?
10. Почему выпадают волосы при сифилисе и каков прогноз в отношении их роста?
11. Что является критерием диагностики во вторичном периоде сифилиса?
12. С какими заболеваниями следует дифференцировать папулезный сифилид на слизистой оболочке полости рта?
13. Назовите причины наступления третичного периода сифилиса.
14. Перечислите клинические признаки третичного сифилиса.
15. В чем заключается злокачественность течения третичного сифилиса?
16. Охарактеризуйте стадии развития сифилитической гуммы.
17. Почему рубец на месте гуммы звездчатый?
18. Назовите наиболее характерную локализацию гумм на слизистой оболочке полости рта.
19. Какова причина формирования седловидного носа?
20. Перечислите клинические разновидности бугоркового сифилида.
21. Почему на месте дополнительного внедрения бледной трепонемы в кожу больного третичным сифилисом (бугорковый сифилид) развиваются бугорки?
22. Насколько заразны проявления третичного сифилиса?
23. С какими заболеваниями следует дифференцировать проявления третичного сифилиса?
24. Какие серологические реакции наиболее информативны для третичного периода сифилиса?

Тема 16. Врожденный сифилис, особенности поражения слизистой полости рта. Принципы диагностики и лечения сифилиса. УГИ (Гонококковая инфекция. Трихомоназ. Хламидийная инфекция. Бактериальный вагиноз.)

- I. Самостоятельная внеаудиторная работа
- Проработать учебный материал по вопросам:
 1. Какова причина возникновения врожденного сифилиса?
 2. С какого месяца внутриутробного развития возможно инфицирование плода бледными трепонемами и почему?
 3. Назовите современную классификацию врожденного сифилиса.
 4. Перечислите клинические признаки раннего врожденного сифилиса.
 5. Дайте характеристику диффузной папулезной инфильтрации Гохзингера.
 6. Какие клинические проявления раннего врожденного сифилиса могут быть на слизистой оболочке полости рта?
 7. Каковы сроки наступления позднего врожденного сифилиса?
 8. Охарактеризуйте триаду Гетчинсона.
 9. Назовите четыре признака зубов Гетчинсона.
 10. Перечислите вероятные признаки позднего врожденного сифилиса.
 11. Перечислите зубные дистрофии при позднем врожденном сифилисе.
 12. Перечислите виды лечения сифилиса.
 13. Назовите средства терапии сифилиса.

14. Какие антибиотики назначаются при непереносимости пенициллина для лечения сифилиса?
15. Назовите причину возникновения реакции обострения (Герксгеймера) при сифилисе и дайте ее характеристику.
16. Кому показано превентивное лечение и в какие сроки?
17. Кому проводится профилактическое лечение?
18. С какой целью назначают лечение по эпидпоказаниям?
19. В каком случае назначают пробное лечение?
20. Показано ли местное лечение при сифилисе?
21. Излечим ли сифилис?
22. Почему после окончания лечения сифилиса необходим клинико-серологический контроль?
23. Назовите сроки диспансерного наблюдения за больным, пролеченным по поводу первичного сифилиса.
24. Через какое время снимают с диспансерного учета лиц, пролеченных по поводу вторичного сифилиса?
25. Каковы сроки сероконтроля после превентивного противосифилитического лечения?
26. Каковы будут Ваши действия с контактами больного первичным серопозитивным сифилисом, если с одним контактом половая связь была 5 дней назад, с другим - 17 дней назад, а с третьим - 2 месяца назад?
27. Какова устойчивость гонококка во внешней среде и чувствительность его к дезинфицирующим средствам?
28. Назовите пути передачи инфекции при гонококковой инфекции.
29. Какие осложнения могут быть при гонококковой инфекции?
30. Перечислите методы диагностики гонококковой инфекции.
31. Что является критерием диагностики гонококковой инфекции?
32. Назовите современные высокоэффективные антибиотики для лечения гонококковой инфекции.
33. Возможно ли повторное заражение гонококковой инфекцией?
34. Как можно заразиться трихомониазом?
35. Назовите методы диагностики трихомониаза.
36. Перечислите средства общей и местной терапии трихомониаза.
37. Назовите пути передачи инфекции при хламидийной инфекции.
38. Перечислите методы диагностики хламидийной инфекции.
39. Какие группы антибиотиков отличаются наибольшей эффективностью при лечении хламидийной инфекции?
40. Перечислите возможные осложнения хламидийной инфекции.
41. Почему при урогенитальных инфекциях обязательно одновременное парное лечение половых партнеров?
42. Назовите известные Вам методы профилактики урогенитальных инфекций.

43. Относится ли бактериальный вагиноз к ИППП?
44. Критерии диагностики бактериального вагиноза.
45. Перечислите методы лечения бактериального вагиноза.

5.2 Оценочные материалы для оценки промежуточной аттестации (оценка планируемых результатов обучения)

Вопросы к зачету:

1. Строение кожи. Патогистологические изменения в эпидермисе, дерме, подкожно-жировой клетчатке.
2. Первичные и вторичные морфологические элементы: определение, патогистология, разрешение. Принципы лечения кожных больных.
3. Классификация пиодермий. Этиопатогенез пиодермий. Пиодермии: особенности поражения кожи новорожденных, детей грудного и младшего возраста, подростков и взрослых. Общая и наружная терапия пиодермий.
4. Чесотка: возбудитель, условия заражения, клиническая картина, атипичные формы, осложнения, современные методы диагностики и лечения, профилактика. Педикулез: эпидемиология, клинические разновидности, диагностика, лечение и профилактика, противоэпидемические мероприятия в очаге.
5. Экзема: этиопатогенез, течение, клинические разновидности, дифференциальная диагностика, первая помощь.
6. Атопический дерматит: этиопатогенез, течение, клинические особенности в различные возрастные периоды, дифференциальная диагностика, тактика ведения, профилактика.
7. Простые и аллергические контактные дерматиты: этиопатогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, экстренная помощь, вторичная профилактика. Токсикодермия: этиопатогенез, клиническая картина, течение, дифференциальная диагностика, экстренная помощь, вторичная профилактика.
8. Красный плоский лишай: этиология, патогенез, типичная клиническая картина, изоморфная реакция, дифференциальная диагностика, тактика ведения, профилактика.
9. Псориаз: этиология, патогенез, клинические формы, дифференциальная диагностика, тактика ведения, профилактика.
10. Паховая эпидермофития: этиология, эпидемиология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, принципы лечения, профилактика. Кандидоз: клиническая картина поражения слизистой оболочки рта, губ, половых органов. Принципы ведения и профилактики.
11. Онихомикозы: этиология, эпидемиология, клиническая картина, диагностика тактика ведения, профилактика.
12. Микроспория: этиология, эпидемиология, клиническая картина, методы диагностики, тактика ведения, профилактика. Трихофития: этиология, эпидемиология, клиническая картина, методы диагностики, тактика ведения, профилактика.
13. Простой герпес: клиническая симптоматика, дифференциально-диагностические критерии, тактика лечения. Опоясывающий лишай: клиническая симптоматика, дифференциально-диагностические критерии, тактика лечения.
14. Вульгарная пузырчатка: патогистологические признаки, клиническая

симптоматика, тактика ведения пациентов.

15. Этиология и патогенез сифилиса. Классификация сифилиса.
16. Первичный сифилис. Клиническая характеристика твердого шанкра и его разновидности. Осложнения твердого шанкра. Атипичные твердые шанкры.
17. Сифилитическая розеола и ее особенности при вторичном свежем и рецидивном сифилисе. Дифференциальный диагноз.
18. Гуммозный сифилид и его разновидности. Дифференциальный диагноз. Бугорковый сифилид и его разновидности. Дифференциальный диагноз.
19. Врожденный сифилис. Классификация. Пути передачи врожденного сифилиса потомству. Сифилис плода. Поражение плаценты при врожденном сифилисе. Ранний врожденный сифилис с симптомами (патогномоничные). Поздний врожденный сифилис с симптомами (достоверные признаки).
20. Гонорея: эпидемиология, этиология и патогенез. Классификация. Осложненные формы гонореи. Диссеминированная гонококковая инфекция. Экстрагенитальные формы: гонококковый фарингит, стоматит, проктит, конъюнктивит, поражение кожи. Урогенитальный хламидиоз: распространенность, этиология, виды диагностики, особенности клинических проявлений у мужчин, женщин, осложнения хламидиоза.
21. Назовите современную классификацию врожденного сифилиса.
22. Перечислите клинические признаки раннего врожденного сифилиса.
23. Дайте характеристику диффузной папулезной инфильтрации Гохзингера.
24. Какие клинические проявления раннего врожденного сифилиса могут быть на слизистой оболочке полости рта?
25. Каковы сроки наступления позднего врожденного сифилиса?
26. Охарактеризуйте триаду Гетчинсона.
27. Назовите четыре признака зубов Гетчинсона.
28. Перечислите вероятные признаки позднего врожденного сифилиса.
29. Перечислите зубные дистрофии при позднем врожденном сифилисе.
30. Перечислите виды лечения сифилиса.
31. Назовите средства терапии сифилиса.
32. Какие антибиотики назначаются при непереносимости пенициллина для лечения сифилиса?
33. Назовите причину возникновения реакции обострения (Герксгеймера) при сифилисе и дайте ее характеристику.
34. Кому показано превентивное лечение и в какие сроки?
35. Кому проводится профилактическое лечение?
36. С какой целью назначают лечение по эпидпоказаниям?
37. В каком случае назначают пробное лечение?
38. Показано ли местное лечение при сифилисе?
39. Излечим ли сифилис?
40. Почему после окончания лечения сифилиса необходим клинико-серологический контроль?

41. Назовите сроки диспансерного наблюдения за больным, пролеченным по поводу первичного сифилиса.
42. Через какое время снимают с диспансерного учета лиц, пролеченных по поводу вторичного сифилиса?
43. Каковы сроки сероконтроля после превентивного противосифилитического лечения?
44. Каковы будут Ваши действия с контактами больного первичным серопозитивным сифилисом, если с одним контактом половая связь была 5 дней назад, с другим - 17 дней назад, а с третьим - 2 месяца назад?
45. Какова устойчивость гонококка во внешней среде и чувствительность его к дезинфицирующим средствам?
46. Назовите пути передачи инфекции при гонококковой инфекции.
47. Какие осложнения могут быть при гонококковой инфекции?
48. Перечислите методы диагностики гонококковой инфекции.
49. Что является критерием диагностики гонококковой инфекции?
50. Назовите современные высокоэффективные антибиотики для лечения гонококковой инфекции.
51. Возможно ли повторное заражение гонококковой инфекцией?
52. Как можно заразиться трихомониазом?
53. Назовите методы диагностики трихомониаза.
54. Перечислите средства общей и местной терапии трихомониаза.
55. Назовите пути передачи инфекции при хламидийной инфекции.
56. Перечислите методы диагностики хламидийной инфекции.
57. Какие группы антибиотиков отличаются наибольшей эффективностью при лечении хламидийной инфекции?
58. Перечислите возможные осложнения хламидийной инфекции.
59. Почему при урогенитальных инфекциях обязательно одновременное парное лечение половых партнеров?
60. Назовите известные Вам методы профилактики урогенитальных инфекций.
61. Относится ли бактериальный вагиноз к ИППП?
62. Критерии диагностики бактериального вагиноза.
63. Перечислите методы лечения бактериального вагиноза.

5.3 Шкала и критерии оценивания планируемых результатов обучения по дисциплине

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут (I). Билет состоит из 3 вопросов (II). Критерии сдачи зачета (III):

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого

вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

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

Критерии и шкалы оценки тестового контроля:

Оценка «отлично» - **высокий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он дал правильные ответы на 85% и более тестовых заданий;

Оценка «хорошо» - **средний уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 75-84% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» - **низкий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 65-74% тестовых заданий;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если он набрал менее 64% правильных ответов на тестовые задания.

Для оценки решения ситуационной задачи:

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

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

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

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

Для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно

правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Критерии и шкала оценивания уровня освоения компетенции

Шкала оценивания		Уровень освоения компетенции	Критерии оценивания
отлично	зачтено	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании. изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо		достаточный	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу. обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.
удовлетворительно		базовый	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.

неудовлетворительно	не зачтено	Компетенция не сформирована	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.
---------------------	------------	-----------------------------	---

6. Перечень учебно-методической литературы

6.1 Учебные издания:

1. Дерматовенерология [Электронный ресурс] : учебник / В.В. Чеботарёв, М.С. Асхаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 680 с. - ISBN 978-5-9704-3567-0 -: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435670.html>

2. Дерматовенерология [Электронный ресурс] : учебник / под ред. А.В. Самцова, В.В. Барбинова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-3650-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436509.html>

3. Атопический дерматит [Электронный ресурс] / Альбанова В.И., Пампура А.Н. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-3010-1 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430101.html>

4. Пигментные опухоли кожи [Электронный ресурс] / Червонная Л. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-3673-8 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436738.html>

5. Дерматологический атлас [Электронный ресурс] / под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-3482-6 -: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434826.html>

6.2 Методические и периодические издания

1. Бесплатные медицинские методички для студентов ВУЗов Режим доступа: <https://medvuza.ru/free-materials/manuals>

2. Журнал «Стоматология». Режим доступа: elibrary.ru

3. Российский стоматологический журнал. Режим доступа: elibrary.ru

7. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. Единое окно доступа к информационным ресурсам [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://window.edu.ru/>
2. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://www.femb.ru/feml/>, <http://feml.scsml.rssi.ru>

8. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине

8.1 Комплект лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства

В процессе изучения дисциплины, подготовки к лекциям и выполнению практических работ используются персональные компьютеры с установленными стандартными программами:

1. Consultant+
2. Операционная система Windows 10.
3. Офисный пакет приложений MicroSoft Office
4. Антивирус Kaspersky Endpoint Security.
5. PROTEGE – свободно открытый редактор, фреймворк для построения баз знаний
6. Open Dental - программное обеспечение для управления стоматологической практикой.
7. Яндекс.Браузер – браузер для доступа в сеть интернет.

8.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС), современных профессиональных баз данных и информационно справочных систем:

1. Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи <http://cito03.netbird.su/>
2. Научная электронная библиотека elibrary.ru <http://ebiblioteka.ru>
3. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>
4. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/en/>
5. Министерство здравоохранения РФ <http://www.rosminzdrav.ru>
6. Стоматология <http://www.orthodent-t.ru/>
7. Виды протезирования зубов: <http://www.stom.ru/>
8. Русский стоматологический сервер <http://www.rusdent.com/>
9. Электронно-библиотечная система «Консультант студента ВПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с

любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru.

10. Каталог профессиональных медицинских интернет-ресурсов <http://www.webmed.irkutsk.ru/>

11. Сайт для врачей <http://www.med-edu.ru/>

9. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

Методические рекомендации для студентов

Основными видами аудиторной работы студентов, обучающихся по программе специалитета, являются лекции и практические (семинарские) занятия. В ходе лекций преподаватель излагает и разъясняет основные понятия темы, связанные с ней теоретические и практические проблемы, дает рекомендации к самостоятельной работе. Обязанность студентов – внимательно слушать и конспектировать лекционный материал.

В процессе подготовки к семинару студенты могут воспользоваться консультациями преподавателя. Примерные темы докладов, сообщений, вопросов для обсуждения приведены в настоящих рекомендациях. Кроме указанных в настоящих учебно-методических материалах тем, студенты могут по согласованию с преподавателем избирать и другие темы.

Самостоятельная работа необходима студентам для подготовки к семинарским занятиям и подготовки рефератов на выбранную тему с использованием материалов преподаваемого курса, лекций и рекомендованной литературы.

Самостоятельная работа включает глубокое изучение научных статей и учебных пособий по дисциплине. Самостоятельную работу над дисциплиной следует начинать с изучения программы, которая содержит основные требования к знаниям, умениям, навыкам обучаемых. Обязательно следует выполнять рекомендации преподавателя, данные в ходе установочных занятий. Затем приступать к изучению отдельных разделов и тем в порядке, предусмотренном программой. Получив представление об основном содержании раздела, темы, необходимо изучить материал с помощью учебника. Целесообразно составить краткий конспект или схему, отображающую смысл и связи основных понятий данного раздела, включенных в него тем. Обязательно следует записывать возникшие вопросы, на которые не удалось ответить самостоятельно.

Методические указания по самостоятельному изучению теоретической части дисциплины

Изучение вузовских курсов непосредственно в аудиториях обуславливает такие содержательные элементы самостоятельной работы, как умение слушать и записывать лекции; критически оценивать лекции, выступления товарищей на практическом занятии, групповых занятиях, конференциях; продуманно и творчески строить свое выступление, доклад, рецензию; продуктивно готовиться к зачетам и экзаменам. К самостоятельной работе вне аудитории относятся: работа с книгой, документами, первоисточниками; доработка и оформление лекционного материала; подготовка к практическим занятиям, конференциям, «круглым столам»; работа в научных кружках и обществах.

Известно, что в системе очного обучения удельный вес самостоятельной работы достаточно велик. Поэтому для студента крайне важно овладеть методикой самостоятельной работы.

Рекомендации по работе над лекционным материалом - эта работа включает два основных этапа: конспектирование лекций и последующую работу над лекционным материалом.

Под конспектированием подразумевают составление конспекта, т.е. краткого письменного изложения содержания чего-либо (устного выступления – речи, лекции, доклада и т.п. или письменного источника – документа, статьи, книги и т.п.).

Методика работы при конспектировании устных выступлений значительно отличается от методики работы при конспектировании письменных источников. Конспектируя письменные источники, студент имеет возможность неоднократно прочитать нужный отрывок текста, поразмыслить над ним, выделить основные мысли автора, кратко сформулировать их, а затем записать. При необходимости он может отметить и свое отношение к этой точке зрения. Слушая же лекцию, студент большую часть комплекса указанных выше работ должен откладывать на другое время, стремясь использовать каждую минуту на запись лекции, а не на ее осмысление – для этого уже не остается времени. Поэтому при конспектировании лекции рекомендуется на каждой странице отделять поля для последующих записей в дополнение к конспекту.

Записав лекцию или составив ее конспект, не следует оставлять работу над лекционным материалом до начала подготовки к зачету. Нужно проделать как можно раньше ту работу, которая сопровождает конспектирование письменных источников и которую не удалось сделать во время записи лекции, - прочесть свои записи, расшифровав отдельные сокращения, проанализировать текст, установит логические связи между его элементами, в ряде случаев показать их графически, выделить главные мысли, отметить

вопросы, требующие дополнительной обработки, в частности, консультации преподавателя.

При работе над текстом лекции студенту необходимо обратить особое внимание на проблемные вопросы, поставленные преподавателем при чтении лекции, а также на его задания и рекомендации.

Рекомендации по работе с учебными пособиями, монографиями, периодикой.

Грамотная работа с книгой, особенно если речь идет о научной литературе, предполагает соблюдение ряда правил, овладению которыми необходимо настойчиво учиться. Организуя самостоятельную работу студентов с книгой, преподаватель обязан настроить их на серьезный, кропотливый труд.

Прежде всего, при такой работе невозможен формальный, поверхностный подход. Не механическое заучивание, не простое накопление цитат, выдержек, а сознательное усвоение прочитанного, осмысление его, стремление дойти до сути – вот главное правило. Другое правило – соблюдение при работе над книгой определенной последовательности. Вначале следует ознакомиться с оглавлением, содержанием предисловия или введения. Это дает общую ориентировку, представление о структуре и вопросах, которые рассматриваются в книге. Следующий этап – чтение. Первый раз целесообразно прочитать книгу с начала до конца, чтобы получить о ней цельное представление. При повторном чтении происходит постепенное глубокое осмысление каждой главы, критического материала и позитивного изложения, выделение основных идей, системы аргументов, наиболее ярких примеров и т. д.

Непременным правилом чтения должно быть выяснение незнакомых слов, терминов, выражений, неизвестных имен, названий. Немало студентов с этой целью заводят специальные тетради или блокноты. Важная роль в связи с этим принадлежит библиографической подготовке студентов. Она включает в себя умение активно, быстро пользоваться научным аппаратом книги, справочными изданиями, каталогами, умение вести поиск необходимой информации, обрабатывать и систематизировать ее. Полезно познакомиться с правилами библиографической работы в библиотеках учебного заведения.

Научная методика работы с литературой предусматривает также ведение записи прочитанного. Это позволяет привести в систему знания, полученные при чтении, сосредоточить внимание на главных положениях, зафиксировать, закрепить их в памяти, а при необходимости и вновь обратиться к ним. Конспект ускоряет повторение материала, экономит время

при повторном, после определенного перерыва, обращении к уже знакомой работе.

Конспектирование – один из самых сложных этапов самостоятельной работы. Каких-либо единых, пригодных для каждого студента методов и приемов конспектирования, видимо, не существует. Однако это не исключает соблюдения некоторых, наиболее оправдавших себя общих правил, с которыми преподаватель и обязан познакомить студентов:

1. Главное в конспекте не его объем, а содержание. В нем должны быть отражены основные принципиальные положения источника, то новое, что внес его автор, основные методологические положения работы. Умение излагать мысли автора сжато, кратко и собственными словами приходит с опытом и знаниями. Но их накоплению помогает соблюдение одного важного правила – не торопиться записывать при первом же чтении, вносить в конспект лишь то, что стало ясным.

2. Форма ведения конспекта может быть самой разнообразной, она может изменяться, совершенствоваться. Но начинаться конспект всегда должен с указания полного наименования работы, фамилии автора, года и места издания; цитаты берутся в кавычки с обязательной ссылкой на страницу книги.

3. Конспект не должен быть безликим, состоящим из сплошного текста. Особо важные места, яркие примеры выделяются цветным подчеркиванием, взятием в рамочку, отнесенном, пометками на полях специальными знаками, чтобы как можно быстрее найти нужное положение. Дополнительные материалы из других источников можно давать на полях, где записываются свои суждения, мысли, появившиеся уже позже составления конспекта.

Методические указания по подготовке к различным видам семинарских и практических работ

Участие студентов на семинарских занятиях направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по конкретным темам дисциплины;
- формирование умений демонстрировать полученные знания на публике, реализацию единства интеллектуальной и практической деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых качеств, как самостоятельность, ответственность, точность, творческая инициатива.

Темы, по которым планируются семинарские занятия и их объемы, определяется рабочей программой.

Семинар как вид учебного занятия может проводиться в стандартных учебных аудиториях. Продолжительность - не менее двух академических часов. Необходимыми структурными элементами, помимо самостоятельной деятельности студентов, являются инструктаж, проводимый преподавателем, а также организация обсуждения итогов выступлений студентов. Семинарские занятия могут носить репродуктивный, частично-поисковый и поисковый характер.

Для повышения эффективности проведения лабораторных работ и практических занятий рекомендуется: разработка методического комплекса с вопросами для семинара, разработка заданий для автоматизированного тестового контроля за подготовленностью студентов к занятиям; подчинение методики проведения семинарских занятий ведущим дидактическим целям с соответствующими установками для студентов; применение коллективных и групповых форм работы, максимальное использование индивидуальных форм с целью повышения ответственности каждого студента за самостоятельное выполнение полного объема работ; подбор дополнительных вопросов для студентов, работающих в более быстром темпе, для эффективного использования времени, отводимого на практические занятия.

Оценки за выполнение семинарских занятий могут выставляться по пятибалльной системе или в форме зачета и учитываться как показатели текущей успеваемости студентов.

Методические указания по подготовке к текущему контролю знаний

Текущий контроль выполняется в форме опроса, тестирования.

Методические указания по подготовке к опросу

Самостоятельная работа студентов включает подготовку к устному опросу на семинарских занятиях. Для этого студент изучает лекции преподавателя, основную и дополнительную литературу, публикации, информацию из Интернет-ресурсов.

Тема и вопросы к семинарским занятиям, вопросы для самоконтроля содержатся в рабочей учебной программе и доводятся до студентов заранее. Эффективность подготовки студентов к устному опросу зависит от качества ознакомления с рекомендованной литературой. Для подготовки к устному опросу, блиц-опросу студенту необходимо ознакомиться с материалом, посвященным теме семинара, в учебнике или другой рекомендованной литературе, записях с лекционного занятия, обратить внимание на усвоение основных понятий дисциплины, выявить неясные вопросы и подобрать

дополнительную литературу для их освещения, составить тезисы выступления по отдельным проблемным аспектам.

В зависимости от темы, может применяться фронтальная или индивидуальная форма опроса. При индивидуальном опросе студенту дается 5-10 минут на раскрытие темы.

Методические указания по подготовке к тестированию

Успешное выполнение тестовых заданий является необходимым условием итоговой положительной оценки в соответствии с применяемой системой обучения. Тестовые задания подготовлены на основе лекционного материала, учебников и учебных пособий по данной дисциплине.

Выполнение тестовых заданий предоставляет студентам возможность контролировать уровень своих знаний, обнаруживать пробелы в знаниях и принимать меры по их ликвидации. Форма изложения тестовых заданий позволяет закрепить и восстановить в памяти пройденный материал. Предлагаемые тестовые задания охватывают узловые вопросы теоретических и практических основ по дисциплине. Для формирования заданий использована закрытая форма. У студента есть возможность выбора правильного ответа или нескольких правильных ответов из числа предложенных вариантов. Для выполнения тестовых заданий студенты должны изучить лекционный материал по теме, соответствующие разделы учебников, учебных пособий и других литературных источников.

Контрольные тестовые задания выполняются студентами на семинарских занятиях. Репетиционные тестовые задания содержатся в рабочей учебной программе дисциплины. С ними целесообразно ознакомиться при подготовке к контрольному тестированию.

Методические указания по подготовке к зачету (экзамену)

1. Подготовка к зачету/экзамену заключается в изучении и тщательной проработке студентом учебного материала дисциплины с учетом учебников, лекционных и семинарских занятий, сгруппированном в виде контрольных вопросов.

2. На зачет/экзамен студент обязан предоставить:

- полный конспект лекций (даже в случаях разрешения свободного посещения учебных занятий);
- полный конспект семинарских занятий;

3. На зачете/экзамене по билетам студент дает ответы на вопросы билета после предварительной подготовки. Студенту предоставляется право отвечать на вопросы билета без подготовки по его желанию.

Преподаватель имеет право задавать дополнительно вопросы, если студент недостаточно полно осветил тематику вопроса, если затруднительно однозначно оценить ответ, если студент не может ответить на вопрос билета, если студент отсутствовал на занятиях в семестре.

10. Особенности организации обучения по дисциплине при наличии инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Особенности организации обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья осуществляются на основе создания условий обучения, воспитания и развития таких студентов, включающие в себя использование при необходимости адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение учебных дисциплин (модулей) обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Обучение в рамках учебной дисциплины обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется институтом с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся.

Обучение по учебной дисциплине обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах.

В процессе ведения учебной дисциплины профессорско-преподавательскому составу рекомендуется использование социально-активных и рефлексивных методов обучения, технологий социокультурной реабилитации с целью оказания помощи обучающимся с ограниченными возможностями здоровья в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в учебной группе.

Особенности проведения текущей и промежуточной аттестации по дисциплине для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья устанавливаются с учетом индивидуальных психофизических особенностей и при необходимости предоставляется дополнительное время для их прохождения.

11. Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине.

№ п/п	Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования	Адрес (местоположение) объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения (с указанием номера такого объекта в соответствии с документами по технической инвентаризации)
1.	<p>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых консультаций и индивидуальной работы обучающихся с педагогическими работниками, текущего контроля и промежуточной аттестации.</p> <p>Перечень основного оборудования: учебная мебель (столы, стулья), учебная доска, стол преподавателя, стул преподавателя, персональный компьютер, технические средства обучения, учебно-наглядные пособия, информационные ресурсы, необходимые для организации образовательной деятельности.</p>	367031, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91, 5 этаж, кабинет № 14, технический паспорт административно-учебного здания, выданный АО «Ростехинвентаризация– Федеральное БТИ» Филиал по Республике Дагестан от 06.10.2020
2.	<p>Учебная аудитория для самостоятельной работы обучающихся, оснащенная компьютерной техникой с подключением к сети Интернет и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде организации.</p>	367031, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91, 3 этаж, библиотека, кабинет № 23, технический паспорт административно-учебного здания, выданный АО «Ростехинвентаризация– Федеральное БТИ» Филиал по Республике Дагестан от 06.10.2020
3.	<p>Помещение для теоретической подготовки и приобретения практических навыков (учебный класс) оснащённое медицинской техникой и оборудованием, позволяющем использовать симуляционные технологии для выполнения определённых видов работ, связанных с профессиональной деятельностью (компьютер, телевизор, проектор, манекен, фантом для сердечно-легочной реанимации, фантом для постановки назогастрального зонда, фантом для внутривенных инъекций, фантомы для постановки Мочевых катеторов (мужской и женский), фантом для внутримышечных инъекций, фантом культи, фантом торса с дренажами, фантом новорожденного).</p>	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Сепараторная д. № 161, 3 этаж, кабинет №303.
4.	<p>Помещение для приобретения практических навыков и оказания медицинской помощи гражданам (кабинет №115-перевязочный), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов работ, связанных с будущей</p>	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Сепараторная д. № 161, кабинет №115 – перевязочный, 1 этаж,

	профессиональной деятельностью: ранорасширитель с стержневыми тягами, стойка медицинская приборная с выдвижными ящиками СМП-01, ушиватель линейный УДО-40.	
--	--	--