



Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Саратовский государственный медицинский  
университет имени В. И. Разумовского»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ПРИНЯТА**

Ученым советом педиатрического и  
фармацевтического факультетов  
протокол от 13.04.21 № 3  
Председатель [подпись] А.П.Аверьянов

**УТВЕРЖДАЮ**

и Декан стоматологического и медико-  
профилактического факультетов  
[подпись] Д.Е.Суетенков  
«  »    20   г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ**

Специальность (направление подготовки) **31.05.03 СТОМАТОЛОГИЯ**  
Форма обучения **ОЧНАЯ**  
Срок освоения ОПОП **5 лет**  
Кафедра дерматовенерологии и косметологии

**ОДОБРЕНА**

на заседании учебно-методической  
конференции кафедры дерматовенерологии и  
косметологии от    №     
Заведующий кафедрой [подпись] А.Л.Бакулев

**СОГЛАСОВАНА**

Начальник методического отдела УОКОД  
[подпись] Д.Ю.Нехухраная  
«  »    20   г.

## СОДЕРЖАНИЕ

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	3
2. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ	4
3. МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ	5
4. ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ	5
5. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ	6
5.1 Разделы учебной дисциплины и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении	6
5.2 Разделы дисциплины, виды учебной деятельности и формы текущего контроля	7
5.3 Название тем лекций с указанием количества часов	8
5.4. Название тем практических занятий с указанием количества часов	8
5.5. Лабораторный практикум	9
5.6. Самостоятельная работа обучающегося по дисциплине	9
6. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ	10
7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ	10
8. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	11
9. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»	12
10. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ	12
11. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	12
12. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	13
13. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	13
14. ИНЫЕ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ	13

Рабочая программа учебной дисциплины «Дерматовенерология» разработана на основании учебного плана по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденного Ученым Советом Университета протокол от 24 февраля 2021 г., № 2; в соответствии с ФГОС ВО – специалитета по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденным Министерством науки и высшего образования Российской Федерации 12 августа 2020 г.

## **1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**Цель:** обучение студентов теоретическим основам дерматовенерологии; приемам обследования дерматологических больных; формирование у студентов клинического дерматовенерологического мышления; способности самостоятельно установить диагноз наиболее часто встречающихся дерматологических и венерических заболеваний, определить тактику лечения и профилактики дерматозов и инфекций, передающихся преимущественно половым путем.

### **Задачи:**

- обучить студентов (на базе знаний анатомии и физиологии кожи) основам морфологии и гистологии кожных сыпей;
- дать представление о клинической картине и возможностях диагностики основных дерматологических и венерических заболеваний;
- сформировать способность правильно трактовать выявленные симптомы и синдромы поражения кожи; устанавливать клинический диагноз, определять план обследования и лечения, разрабатывать мероприятия по профилактике основных инфекционных, венерических и дерматологических заболеваний кожи, знать принципы наружной терапии;
- дать представление о врачебной тактике при неотложных дерматологических состояниях.
- обучить студентов методике обследования дерматологического больного (сбор анамнеза, исследование дерматологического статуса, выявление симптомов поражения кожи – первичных и вторичных морфологических элементов, дермографизма, изменения придатков кожи, установление предварительного клинического диагноза, проведение дифференциальной диагностики, оценки лабораторных данных, для окончательного диагноза;
- обучить составлению плана обследования и выбору терапии больного кожным или венерическим заболеванием;

- правильно рассчитывать дозы лекарственных препаратов не только при общем, но и при наружном лечении;
- обучить оказанию экстренной помощи при неотложных дерматологических состояниях.
- дать представление о современных аспектах этиологии и патогенеза, перспективных направлениях диагностики и лечения кожных и венерических болезней;
- ознакомить с основными методами инструментальной и лабораторной диагностики дерматозов и заболеваний передающихся половым путем, научить студентов оценивать результаты основных дополнительных методов обследования;
- выделить значительные открытия, имена видных ученых – дерматовенерологов, особенно работавших на кафедре;
- дать представление об основных приказах Минздрава, посвященных противоэпидемическим мероприятиям по борьбе с основными инфекционными дерматозами, сифилисом, СПИДом, ИППП.

## 2. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

### Компетенции, формируемые в процессе изучения учебной дисциплины

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции (или ее части)
1	2
<b>ОПК-5</b>	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач
<p>ИОПК 5.1 Знает 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</p> <p>ИОПК 5.2 Умеет: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявлять факторы риска и причин развития заболеваний; 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 стоматологической 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 клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p>	

<p>ИДОПК 5.3 Имеет практический опыт: сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых, (их законных представителей), выявления факторов риска и причин развития заболеваний; осмотра и физикального обследования 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; постановки предварительного диагноза в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); 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>	
<b>ОПК-6</b>	<p>Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>
<p>ИОПК 6.1 Знает: методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний; механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению; совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах</p> <p>ИОПК 6.2 Умеет: разрабатывать план лечения детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; 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>ИОПК 6.3 Имеет практический опыт: 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 с наиболее распространенными заболеваниями для лечения наиболее распространенных заболеваний у детей и взрослых в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения у детей и взрослых с наиболее распространенными заболеваниями; 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; 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 детям и взрослым при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента в неотложной форме; применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме</p>	
<b>ОПК-9</b>	<p>Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач</p>
<p>ИОПК-9.1 Знает: анатомию, гистологию, эмбриологию, топографическую анатомию, физиологию, патологическую анатомию и физиологию органов и систем человека</p> <p>ИОПК 9.2 Умеет: оценить основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека</p> <p>ИОПК 9.3 Имеет практический опыт: оценки основных морфофункциональных данных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека при решении профессиональных задач</p>	
<b>ПК-1</b>	<p>Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения, предупреждению возникновения и распространения стоматологических заболеваний</p>

ИПК-1.1. Уметь определять медицинские показания к проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий и направления на консультацию к врачу-специалисту.  
 ИПК-1.2. Уметь проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции.  
 ИПК-1.3. Уметь разрабатывать и проводить мероприятия по предупреждению возникновения и распространения стоматологических заболеваний.  
 ИПК-1.4. Уметь разрабатывать и реализовывать программы профилактических мероприятий по охране здоровья населения, в том числе социально значимых заболеваний, программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с потреблением наркотических и психоактивных веществ.

### 3. МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Учебная дисциплина Б1.Б.26 «Дерматовенерология» относится к дисциплинам базовой части Блока 1 «Дисциплины, модули» рабочего учебного плана по специальности 31.05.03 Стоматология.

Материал дисциплины опирается на ранее приобретенные студентами знания по дисциплинам: «Медицинская информатика», «Анатомия человека», «Биология, экология», «Гистология, эмбриология, цитология», «Патологическая физиология», «Микробиология», «Фармакология», «Биологическая химия» «Неврология, медицинская генетика», «Патологическая анатомия», «Пропедевтика внутренних болезней», «Общая хирургия».

### 4. ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ

Вид работы	Всего часов	Кол-во часов в семестре		
		№ 7	№ 8	№ 9
1	2			3
<b>Контактная работа (всего), в том числе:</b>	<b>70</b>	<b>70</b>		
<b>Аудиторная работа</b>				
Лекции (Л)	18	18		
Практические занятия (ПЗ),	52	52		
Семинары (С) <i>(не предусмотрено)</i>				
Лабораторные работы (ЛР) <i>(не предусмотрено)</i>				
<b>Внеаудиторная работа</b>				
<b>Самостоятельная работа обучающегося (СРО)</b>	<b>38</b>	<b>38</b>		
<b>Вид промежуточной аттестации</b>	зачет (З)	<b>Зачет с оценкой</b>		
	экзамен (Э)			
<b>ИТОГО: Общая трудоемкость</b>	час.	<b>108</b>	<b>108</b>	
	ЗЕТ	<b>3</b>	<b>3</b>	

### 5. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

5.1 Разделы учебной дисциплины и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении

№ п/п	Индекс компетенции	Наименование раздела учебной дисциплины	Содержание раздела
1	2	3	4
1.	ОПК-6; ПК-9; ПК-12.	ОБЩАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ	<b>Тема № 1.</b> Цель и задачи преподавания дерматовенерологии для врача-стоматолога. Анатомия, физиология кожи, слизистых оболочек полости рта. Первичные и вторичные морфологические элементы на коже и слизистых полости рта. Патогистология. <b>Тема № 2.</b> Азбука дерматовенерологии. Первичные и вторичные морфологические элементы на коже и слизистых полости рта. Патогистология.
2.	ОПК-6; ПК-9; ПК-12.	ИНФЕКЦИОННЫЕ ДЕРМАТОЗЫ ПОРАЖЕНИЕМ СЛИЗИСТЫХ ПОЛОСТИ КРАСНОЙ ГУБ, ЯЗЫКА РТА, КАЙМЫ	<b>Тема № 3.</b> Инфекционные заболевания кожи. Пиодермии, чесотка, вшивость, методики обработок. Микозы, классификация. Туберкулез кожи, классификация, туберкулезное поражение слизистых полости рта.
3.	ОПК-6; ПК-9; ПК-12.	НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ДЕРМАТОЗЫ	<b>ТЕМА № 4.</b> Неинфекционные заболевания кожи и слизистых оболочек полости рта. Красный плоский лишай (разнообразные формы поражения на слизистой полости рта), псориаз, красная волчанка, склеродермия. <b>Тема № 5.</b> Пузырные дерматозы с поражением полости рта. Вульгарная пузырчатка, синдром Бехчета, неакантолитическая пузырчатка только полости рта. <b>Тема № 6.</b> Аллергические, токсико-аллергические, инфекционно-аллергические заболевания, состояния и синдромы с преимущественным поражением кожи и слизистой оболочки (простое контактное, контактно-аллергическое, токсикоаллергическое поражение слизистой полости рта, многоморфная экссудативная эритема, токсическая эритема, синдром Стивенса-Джонсона, болезнь Лайела. <b>Тема № 7.</b> Хейлиты. Классификация. Этиология, патогенез, клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Современные методы лечения. Профилактика. Глоситы. Классификация. Этиология, патогенез, клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Современные методы лечения. Профилактика. <b>Тема № 8.</b> Новообразования слизистой полости рта, красной каймы и слизистой губ. Этиология, патогенез, предрасполагающие факторы развития новообразований слизистой полости рта, красной каймы и слизистой губ. Принципы диагностики, лечения, профилактики, прогноз.
4.	ОПК-6; ПК-9; ПК-12.	ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	<b>Тема № 9.</b> Сифилис. Этиология. Эпидемиология, этиология. Варианты течения. Актуальность знания проблемы для врача-стоматолога. Пути инфицирования. Пути передачи. Первичный период. Атипичные твердые шанкры, осложнения, дифференциальная диагностика, принципы ведения больных, диспансеризация <b>Тема № 10.</b> Вторичный сифилис. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии, диспансеризации. <b>Тема № 11.</b> Третичный и врожденный сифилис. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии, диспансеризации. Роль санврача в профилактике сифилиса.

## 5.2 Разделы дисциплины, виды учебной деятельности и формы текущего контроля

№	№ семестра	Наименование раздела дисциплины	Виды деятельности (в часах)					Формы текущего контроля успеваемости
			Л	ЛР	ПЗ	СРО	всего	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	7	ОБЩАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ	2		8	6	16	текущие тесты, проверка практических навыков, деловые игры, решение ситуационных задач, работа с обучающими программами, фронтальный опрос, результаты курации больных малыми группами
2.	7	ИНФЕКЦИОННЫЕ ДЕРМАТОЗЫ С ПОРАЖЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА, КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ, ЯЗЫКА, ДЕРМАТОЗООНОЗЫ	4		10	12	26	текущие тесты, проверка практических навыков, деловые игры, решение ситуационных задач, работа с обучающими программами, фронтальный опрос, результаты курации больных малыми группами
3.	7	НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ДЕРМАТОЗЫ С ПОРАЖЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА, КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ, ЯЗЫКА	8		22	10	40	текущие тесты, проверка практических навыков, деловые игры, решение ситуационных задач, работа с обучающими программами, фронтальный опрос, результаты курации больных малыми группами
4.	7	ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	4		12	10	26	текущие тесты, проверка практических навыков, деловые игры, решение ситуационных задач, работа с обучающими программами, фронтальный опрос, результаты курации больных малыми группами
<b>ИТОГО:</b>			18		52	38	118	

### 5.3 Название тем лекций с указанием количества часов

№ п/п	Название тем лекций	Кол-во часов в семестре	
		№ 7	№ 8
1	2	3	4
1	Инфекционные заболевания кожи и слизистой полости рта. Вирусные дерматозы.	2	
2	Туберкулез кожи. Лепра	2	
3	Кандидозы. Особенности течения инфекции на слизистой полости рта и губ.	2	
4	Неинфекционные заболевания. Красный плоский лишай на коже и слизистой полости рта, губ.	2	
5	Аллергические состояния с поражением кожи и слизистых. Неотложные состояния в дерматологии.	2	



6	Буллезные дерматозы.	2	
7	Глосситы, хейлиты. Проявления ВИЧ-инфекции на коже и слизистых.	2	
8	Венерические болезни. Сифилис. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Варианты течения. Классическое течение сифилиса. Инкубационный период. Первичный сифилис, вторичный сифилис.	2	
9	Третичный период сифилиса. Врожденный сифилис. Общие принципы лечения ИППП	2	
	<b>ИТОГО</b>	<b>18</b>	

#### 5.4. Название тем практических занятий с указанием количества часов

№ п/п	Название тем практических занятий	Кол-во часов в семестре	
		№ 7	№ 4
1	2	3	4
1	<b>Раздел 1: Общая дерматовенерология.</b> Тема: Цель и задачи преподавания дерматовенерологии для врача-стоматолога. Анатомия, физиология кожи, слизистых оболочек полости рта. Патогистология.	4	
2	<b>Раздел 1: Общая дерматовенерология.</b> Тема: Азбука дерматовенерологии. Первичные и вторичные морфологические элементы на коже и слизистых полости рта. Патогистология.	4	
3	<b>Раздел 2: Инфекционные дерматозы с поражением слизистой полости рта и красной каймы губ.</b> Тема: Инфекционные заболевания кожи. Пiodермии, чесотка, вшивость, методики обработок. Микозы, классификация. Туберкулез кожи, классификация, туберкулезное поражение слизистых полости рта.	6	
4	<b>Раздел 3: Неинфекционные дерматозы с поражением слизистой полости рта и красной каймы губ.</b> Тема: Неинфекционные заболевания кожи и слизистых оболочек полости рта. Красный плоский лишай (разнообразные формы поражения на слизистой полости рта), псориаз, красная волчанка, склеродермия.	4	
5	<b>Раздел 3: Неинфекционные дерматозы с поражением слизистой полости рта и красной каймы губ.</b> Тема : Пузырные дерматозы с поражением полости рта. Вульгарная пузырчатка, синдром Бехчета, неакантолитическая пузырчатка только полости рта.	6	
6	<b>Раздел 3: Неинфекционные дерматозы с поражением слизистой полости рта и красной каймы губ.</b> Тема : Аллергические, токсико-аллергические, инфекционно-аллергические заболевания, состояния и синдромы с преимущественным поражением кожи и слизистой оболочки (простое контактное, контактно-аллергическое, токсикоаллергическое поражение слизистой полости рта, многоморфная экссудативная эритема, токсическая эритема, синдром Стивенса-Джонсона, болезнь Лайела.	4	
7	<b>Раздел 3: Неинфекционные дерматозы с поражением слизистой полости рта и красной каймы губ.</b> Тема : Хейлиты. Классификация. Этиология, патогенез, клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Современные методы лечения. Профилактика. Глосситы. Классификация. Этиология, патогенез, клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Современные методы лечения. Профилактика.	4	
8	<b>Раздел 3: Неинфекционные дерматозы с поражением слизистой полости рта и красной каймы губ.</b> Тема: Новообразования слизистой полости рта, красной каймы и слизистой губ. Этиология, патогенез, предрасполагающие факторы развития новообразований слизистой полости рта, красной каймы и слизистой губ. Принципы диагностики, лечения, профилактики, прогноз.	4	
9	<b>Раздел 4: Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем.</b> Тема: Сифилис. Этиология. Эпидемиология, этиология. Варианты течения. Актуальность знания проблемы для врача-стоматолога. Пути инфицирования. Пути передачи. Первичный период. Атипичные твердые шанкры, осложнения, дифференциальная диагностика, принципы ведения больных, диспансеризация	4	

10	Раздел 4: Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем. Вторичный период сифилиса. Характеристика сифилидов вторичного периода. Проявления на слизистых оболочках полости рта. Проявления СПИДа на коже и слизистых.	4	
11	Раздел 4: Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем. Тема: Сифилис третичный, врожденный. Принципы лечения сифилиса и его профилактика.	4	
12	ИТОГОВОЕ ЗАНЯТИЕ. ИТОГОВОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ. КОНТРОЛЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ. ЗАЩИТА РЕФЕРАТА	4	
	<b>ИТОГО</b>	<b>52</b>	

### 5.5. Лабораторный практикум не предусмотрен учебным планом.

### 5.6. Самостоятельная работа обучающегося по дисциплине

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела	Виды СРО	Всего часов
1	2	3	4	5
1.	7	<b>Общая дерматовенерология</b>	Изучение тем раздела, выполнение заданий и упражнений по теме, заданной преподавателем. Написание рефератов/презентаций, подготовка к текущему тестовому контролю, решение ситуационных задач, работа с электронными обучающими программами, учебниками и методическими материалами на образовательном портале дисциплины «Дерматовенерология» для специальности 31.05.03 «Стоматология».	6
2.	7	<b>Инфекционные дерматозы</b>	Изучение тем раздела, выполнение заданий и упражнений по теме, заданной преподавателем. Написание рефератов\презентаций, подготовка к текущему тестовому контролю, решение ситуационных задач, работа с электронными обучающими программами, учебниками и методическими материалами на образовательном портале дисциплины «Дерматовенерология» для специальности 31.05.03 «Стоматология».	6
3.		<b>Неинфекционные дерматозы</b>	Изучение тем раздела, выполнение заданий и упражнений по теме, заданной преподавателем. Написание рефератов\презентаций, подготовка к текущему тестовому контролю, решение ситуационных задач, работа с электронными обучающими программами, учебниками и методическими материалами на образовательном портале дисциплины «Дерматовенерология» для специальности 31.05.03 «Стоматология».	8
4.		<b>Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем.</b>	Изучение тем раздела, выполнение заданий и упражнений по теме, заданной преподавателем. Написание рефератов/презентации, подготовка к текущему тестовому контролю, решение ситуационных задач, работа с электронными обучающими программами, учебниками и методическими материалами на образовательном портале дисциплины «Дерматовенерология» для специальности 31.05.03 «Стоматология».	6
5.		<b>Итоговое занятие. Подготовка к промежуточной аттестации (зачет с оценкой)</b>	Подготовка к итоговому тестированию, защита реферата\презентации, зачет по практическим навыкам. Подготовка к зачету с оценкой (вопросы и ситуационные задачи по дисциплине «Дерматовенерология» для специальности 31.05.013 «Стоматология» размещены на образовательном портале).	12
			<b>ИТОГО</b>	<b>38</b>

## 6. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

### Основная литература:

- Дерматовенерология. Учебник. В.В.Чеботарев и др.ГЭОТАР-Медиа, 2016

### Дополнительная литература

- Кожные и венерические болезни : учебник / Ю. К. Скрипкин, А. А. Кубанова, В. Г. Акимов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 538[1] с.
- Дерматовенерология : атлас / А. Н. Платонова, А. Л. Бакулев, С. Р. Утц. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017
- Дерматология и венерология : учеб. пособие / под ред. А. Л. Бакулева. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2015. - 323[1] с.
- Бакулев А. Л. Инфекции, передаваемые половым путем : учеб. пособие / А. Л. Бакулев, Н. А. Слесаренко, Е. В. Румянцева. - Изд. 3-е., доп. и перераб. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2014. - 139[1] с.
- Кожные и венерические болезни : учебник / Ю. К. Скрипкин, А. А. Кубанова, В. Г. Акимов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 538[1] с.

## 7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине «Дерматовенерология» в полном объеме представлен в приложении 1.

### Методические материалы, определяющие процедуру оценивания результатов освоения дисциплины

В соответствии с учебным планом специальности 31.05.03 Стоматология в конце изучения учебной дисциплины «Дерматовенерология» проводится промежуточная аттестация в форме зачета с оценкой. Процедура оценивания успеваемости обучающихся по дисциплине «Дерматовенерология» описана в Положении о балльно-рейтинговой системе оценки академической успеваемости студентов по дисциплине «Дерматовенерология».

## 8. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

### 8.1. Основная литература

#### Печатные источники

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Чеботарев В. В. Дерматовенерология : учебник / В. В. Чеботарев, М. С.	250

Асхаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 676 с	
---	--

### Электронные источники

№	Издания
1	2
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : учебник / В.В. Чеботарёв, М.С. Асхаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. <a href="http://www.studmedlib.ru/">http://www.studmedlib.ru/</a>

### 8.2. Дополнительная литература

#### Печатные источники

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Дерматовенерология: атлас / А. Н. Платонова, А. Л. Бакулев, С. Р. Утц. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017	100
2	Дерматология и венерология : учеб. пособие / под ред. А. Л. Бакулева. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2015. - 323[1] с.	50
3	Бакулев А. Л. Инфекции, передаваемые половым путем : учеб. пособие / А. Л. Бакулев, Н. А. Слесаренко, Е. В. Румянцева. - Изд. 3-е., доп. и перераб. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2014. - 139[1] с.	240

#### Электронные источники

№	Издания
1	2
1	Дерматовенерология [Электронный ресурс] : учебник / под ред. А.В. Самцова, В.В. Барбинова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016 ЭБС Консультант студента <a href="http://www.studmedlib.ru/">http://www.studmedlib.ru/</a>
2	Кожные и венерические болезни: учебник. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. 2012. - 544 с.: ил. ЭБС Консультант студента <a href="http://www.studmedlib.ru/">http://www.studmedlib.ru/</a>
3	Дерматовенерология. Атлас [Электронный ресурс] / А.Н. Платонова, А.Л. Бакулев, С.Р. Утц - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. ЭБС Консультант студента <a href="http://www.studmedlib.ru/">http://www.studmedlib.ru/</a>
4	Кожные и венерические болезни. Атлас [Электронный ресурс] : учеб. пособие / В.В. Владимиров - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. ЭБС Консультант студента <a href="http://www.studmedlib.ru/">http://www.studmedlib.ru/</a>
5	Клиническая дерматоонкология [Электронный ресурс] / Ламоткин И. А. - М. : БИНОМ, 2016. ЭБС Консультант студента <a href="http://www.studmedlib.ru/">http://www.studmedlib.ru/</a>
6	Пигментные опухоли кожи [Электронный ресурс] : учебное пособие / Червонная Л.В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016 ЭБС Консультант студента <a href="http://www.studmedlib.ru/">http://www.studmedlib.ru/</a>

### 9. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»

№ п/п	Сайты
1	• <a href="http://www.dermatology.ru/">http://www.dermatology.ru/</a>
2	• <a href="https://www.lvrach.ru/rub/11000045/">https://www.lvrach.ru/rub/11000045/</a>
3	• <a href="http://www.vestnikdv.ru/jour">http://www.vestnikdv.ru/jour</a>
4	• <a href="https://www.medlit.ru/journal/549/">https://www.medlit.ru/journal/549/</a>
5	• <a href="http://umedp.ru/magazines/effektivnaya-farmakoterapiya-/dermatologiya/">http://umedp.ru/magazines/effektivnaya-farmakoterapiya-/dermatologiya/</a>
6	• <a href="https://www.mediasphera.ru/journal/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya">https://www.mediasphera.ru/journal/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya</a>
7	• <a href="http://www.journaldvc.narod.ru/">http://www.journaldvc.narod.ru/</a>
8	• <a href="http://www.dermis.net/dermisroot/en/home/index.htm">http://www.dermis.net/dermisroot/en/home/index.htm</a>
9	• <a href="http://www.telemedicine.org/ids.htm">http://www.telemedicine.org/ids.htm</a>
10	• <a href="http://www.telemedicine.org/stamfor1.htm">http://www.telemedicine.org/stamfor1.htm</a>
11	• <a href="http://www.derm-hokudai.jp/shimizu-dermatology/index.html">http://www.derm-hokudai.jp/shimizu-dermatology/index.html</a>
12	• <a href="https://escholarship.org/uc/doj">https://escholarship.org/uc/doj</a>
13	• <a href="http://www.hon.ch/HONsearch/Patients/medhunt.html">http://www.hon.ch/HONsearch/Patients/medhunt.html</a>
14	• <a href="http://www.dermweb.com/">http://www.dermweb.com/</a>
15	• <a href="https://web.archive.org/web/20170104061416/http://hardinmd.lib.uiowa.edu:80/derm.html">https://web.archive.org/web/20170104061416/http://hardinmd.lib.uiowa.edu:80/derm.html</a>
16	• <a href="http://www.skinatlas.com/RUSSIAN/contents_ru.htm">http://www.skinatlas.com/RUSSIAN/contents_ru.htm</a>

## 10. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины представлены в приложении 2.

## 11. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Перечень лицензионного программного обеспечения	Реквизиты подтверждающего документа
Microsoft Windows	40751826,41028339,41097493,41323901,41474839,45025528,45980109,46073926,46188270,47819639,49415469,49569637,60186121,60620959,61029925,61481323,62041790,64238801,64238803,64689895,65454057,65454061,65646520,69044252
Microsoft Office	40751826,41028339,41097493,41135313,41135317,41323901,41474839,41963848,4199381744235762,45015872,45954400,45980109,46033926,46188270,47819639,49415469,49569637,49569639,49673030,60186121,60620959,61029925,61481323,61970472,62041790,64238803,64689898,65454057
Kaspersky Endpoint Security, Kaspersky Anti-Virus	1356-170911-025516-107-524

## 12. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Дерматовенерология» представлено в приложении 3.

## 13. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Сведения о кадровом обеспечении, необходимом для осуществления образовательного

процесса по дисциплине «Дерматовенерология» представлены в приложении 4.

#### **14. ИНЫЕ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ**

Учебно-методические материалы, необходимые для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Дерматовенерология»:

- Конспекты лекций по дисциплине
- Методические разработки практических занятий для преподавателей по дисциплине
- Оценочные материалы для проведения текущего контроля по дисциплине

#### **Разработчики:**

Зав.учебной частью, к.м.н., доцент

*занимаемая должность*

*подпись*

М.Г.Еремина

*инициалы, фамилия*

Зав.кафедрой, д.м.н., профессор

*занимаемая должность*

*подпись*

А.Л.Бакулев

*инициалы, фамилия*

### Лист регистрации изменений в рабочую программу

Учебный год	Дата и номер изменения	Реквизиты протокола	Раздел, подраздел или пункт рабочей программы	Подпись регистрирующего изменения
20__-20__				
20__-20__				
20__-20__				
20__-20__				



Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Саратовский государственный медицинский  
университет имени В. И. Разумовского»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**УТВЕРЖДАЮ**

Декан педиатрического факультета  
\_\_\_\_\_ А.П. Аверьянов  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**Дисциплина:** ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ  
(наименование дисциплины)

**Специальность:** 31.05.03 СТОМАТОЛОГИЯ  
(код и наименование специальности)

**Квалификация:** врач-стоматолог  
(квалификация (степень) выпускника)



## 1. КАРТА КОМПЕТЕНЦИЙ

Контролируемые компетенции	Планируемые результаты обучения
1	2
<b>ОПК-5</b>	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач
<p><b>знать</b> принципы обследования пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач у пациентов дерматовенерологического профиля</p> <p><b>уметь</b> проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач у пациентов дерматовенерологического профиля</p> <p><b>владеть</b> навыками обследования пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач у пациентов дерматовенерологического профиля</p>	
<b>ОПК-6</b>	Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач
<p><b>знать</b> принципы назначения, контроля эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач у пациентов дерматовенерологического профиля</p> <p><b>уметь</b> назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач у пациентов дерматовенерологического профиля</p> <p><b>владеть</b> навыками назначения, контроля эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач у пациентов дерматовенерологического профиля</p>	
<b>ОПК-9</b>	Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
<p><b>знать</b> принципы оценивания морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач у пациентов дерматовенерологического профиля</p> <p><b>уметь</b> оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач у пациентов дерматовенерологического профиля</p> <p><b>владеть</b> навыками оценивания морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач у пациентов дерматовенерологического профиля</p>	

<b>ПК-1</b>	Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения, предупреждению возникновения и распространения стоматологических заболеваний
<p><b>знать</b> принципы проведения и контроля эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения, предупреждению возникновения и распространения стоматологических заболеваний</p> <p><b>уметь</b> проводить и контролировать эффективность санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения, предупреждению возникновения и распространения стоматологических заболеваний</p> <p><b>владеть</b> навыками проведения и контроля эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения, предупреждению возникновения и распространения стоматологических заболеваний</p>	

## 2. ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНИВАНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Семестр	Шкала оценивания			
	«неудовлетворительно»	«удовлетворительно»	«хорошо»	«отлично»
<b>знать</b>				
7	Студент знает незначительную часть раздела темы, отвечает с ошибками, неуверенно, лишь на отдельные вопросы.	Студент знает только основной материал разделов тематического занятия, допускает неточности, затрудняется в последовательном изложении вопроса.	Студент знает материал основных разделов темы, отвечает грамотно, не допускает существенных неточностей в ответе.	Студент прочно знает материал практического занятия; знаком с дополнительной литературой (учебные пособия, методические рекомендации), не затрудняется с полным ответом
<b>уметь</b>				
7	Студент излагает незначительную часть раздела темы, отвечает с ошибками, неуверенно, лишь на отдельные вопросы.	Студент излагает только основной материал разделов тематического занятия, допускает неточности, затрудняется в последовательном изложении вопроса.	Студент излагает материал основных разделов темы грамотно, не допускает существенных неточностей в ответе	Студент умеет последовательно излагать материал практического занятия; знаком с дополнительной литературой (учебные пособия, методические рекомендации), не затрудняется с полным ответом.
<b>владеть</b>				
7	Студент владеет незначительной частью раздела темы, отвечает с ошибками, неуверенно, лишь на отдельные вопросы. Частично владеет практическими навыками.	Студент владеет основным материалом разделов тематического занятия, допускает неточности, затрудняется в последовательном изложении вопроса. Владеет основными практическими навыками.	Студент владеет знаниями основных разделов темы грамотно, не допускает существенных неточностей в ответе. Владеет практическими навыками.	Студент свободно владеет материалом практического занятия; знаком с дополнительной литературой (учебные пособия, методические рекомендации), не затрудняется с полным ответом и владеет всем перечнем практических навыков.

### 3. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Выберите один правильный вариант ответа

Наиболее частой локализацией папул во рту при вторичном рецидивном сифилисе является:

- a) спинка языка
- b) миндалины
- c) боковые поверхности языка
- d) твердое небо

Вторичным сифилидам свойственны все признаки, кроме:

- a) доброкачественности
- b) наличия признаков острого воспаления\*
- c) полиморфизма
- d) быстрого регресса на фоне специфического лечения

Какие виды движений совершает бледная трепонема:

- a) поступательное
- b) вращательное
- c) сгибательное
- d) маятникообразное

В патогенезе истинной экземы важную роль играют:

- a) сенсibilизация экзо - и эндогенного характера
- b) генетическая предрасположенность
- c) нарушение дезинтоксикационной функции организма
- d) функциональные нарушения нервной системы

Что не входит в патогенетические механизмы развития экземы:

- a) генетическая предрасположенность
- b) моновалентная сенсibilизация
- c) поливалентная сенсibilизация
- d) иммунодефицитные состояния

Какие из перечисленных клинических признаков не являются характерными для витилиго:

- a) эритема
- b) депигментация
- c) гипопигментация
- d) обесцвечивание волос

Укажите главные клинические признаки симуляционных дерматитов (патомимий):

- a) в анамнезе - укусы насекомых
- b) клиника контактно-аллергического дерматита
- c) локализация поражения только в местах, доступных рукам больного
- d) наличие в местах поражений множества микровезикул

Какой клинический вариант экземы развился у пациента вокруг послеоперационной раны:

- a) истинная
- b) себорейная
- c) профессиональная
- d) варикозная

Какие факторы не вызывают крапивницу:

- a) облигатные раздражители
- b) лекарственные препараты
- c) глистные инвазии
- d) психоэмоциональные воздействия

Для раннего скрытого сифилиса характерно выявление у полового партнера:

- a) манифестной формы сифилиса
- b) позднего скрытого сифилиса
- c) висцерального сифилиса
- d) позднего нейросифилиса

В течение фрамбезии выделяют все периоды, кроме:

- a) инкубационного
- b) первичного
- c) вторичного

d) третичного

Излюбленной локализацией красного плоского лишая на слизистой полости рта является:

- a) линия смыкания зубов
- b) твердое небо
- c) мягкое небо
- d) язык

Для эволюционного полиморфизма характерно:

- a) наличие первичных морфологических элементов одного вида
- b) наличие первичных морфологических элементов разных видов
- c) элементы одного размера
- d) наличие первичных и вторичных морфологических элементов

Какие причины могут способствовать возникновению третичного периода сифилиса:

- a) беспорядочные половые связи
- b) алкоголизм, наркомания, токсикомания
- c) неполноценная специфическая терапия
- d) поздняя обращаемость

Какое клиническое проявление сифилиса сопровождается болезненностью:

- a) твердый шанкр
- b) регионарный склераденит
- c) шанкр-панариций
- d) бугорковый сифилид

Больной В., 42 лет, масса тела 83 кг, холост. При профобследовании обнаружена положительная РМП с кардиолипиновым антигеном (экспресс-метод). КСР (РСК с трепонемным и кардиолипиновым антигенами и реакция микропреципитации) дважды резко положительные в разведении сыворотки 1:160 и 1:320, РИБТ-47%, ИФА-3+. При осмотре обнаружены незначительно увеличенные и уплотненные паховые и затылочные лимфоузлы. В анамнезе - случайная половая связь год назад, самолечение тетрациклином (по 2 табл. 4 раза в день, 4-5 дней). Следует поставить диагноз:

- a) сифилис ранний скрытый
- b) сифилис поздний скрытый
- c) сифилис скрытый неуточненный

d) ложно-положительные серореакции

Какой первичный элемент типичен для бородавок:

- a) папула
- b) бугорок
- c) волдырь
- d) узел

Какие клинические симптомы характерны для шанкра-амигдалита:

- a) односторонний процесс
- b) плотная консистенция инфильтрата
- c) отсутствие разлитой гиперемии
- d) увеличение подчелюстных и шейных лимфоузлов

Псориазическая эритродермия может развиваться после:

- a) обильного приема жирной пищи
- b) назначения АКТГ
- c) наружного применения детского крема
- d) применение УФО больным с летним типом псориаза

Перечислите противовирусные препараты системного действия:

- a) ацикловир
- b) фамвир
- c) валтрекс
- d) зовиракс

Сифилитические папулы на слизистых полости рта дифференцируют со всеми заболеваниями, кроме:

- a) фолликулярной ангины
- b) дифтерии зева
- c) фузоспириллеза
- d) КПЛ

Белый дермографизм отмечается при:

- a) атопическом дерматите

- b) аллергическом дерматите
- c) простом дерматите
- d) токсикодермии

Регионарный склераденит при первичном сифилисе развивается после появления твердого шанкра, спустя:

- a) 3-5 дня
- b) 5-8 дней
- c) 8-10 дней
- d) 10-12 дней

К клиническим вариантам опоясывающего лишая относят все, кроме:

- a) везикулезного
- b) буллезного
- c) гангренозного
- d) рупиоидного

Какая форма туберкулеза кожи чаще возникает в детском возрасте:

- a) туберкулезная волчанка
- b) индуративная эритема Базена
- c) бородавчатый туберкулез
- d) папуло - некротический туберкулез

Преимущественная локализация высыпаний при псориазе:

- a) слизистая полости рта
- b) крупные складки
- c) лицо
- d) разгибательные поверхности конечностей

Для дерматомиозита у детей характерно:

- a) преимущественно острое течение
- b) изменения кожи предшествуют висцеральной патологии
- c) большая интенсивность воспалительной реакции



d) тяжесть мышечно-артралгических симптомов

Какие осложнения могут наблюдаться при длительной терапии кортикостероидами:

- a) сахарный диабет
- b) кандидоз кожи и слизистых оболочек
- c) остеопороз
- d) гипертоническая болезнь

Что может быть осложнением эпидермофитии стоп:

- a) истинная экзема
- b) поражение суставов
- c) рожистое воспаление голени
- d) токсикодермия

Какой сифилид является косвенным доказательством поражения нервной системы:

- a) лейкодерма
- b) алопеция
- c) широкие кондиломы
- d) эктима

При лечении КПЛ применяются все наружные средства, кроме:

- a) кортикостероидных мазей
- b) болтушки
- c) димедроловой мази
- d) примочек

Какие признаки характерны для розеол, возникающих через 6 месяцев с момента заражения:

- a) крупные
- b) овальные
- c) единичные, сливающиеся
- d) бледно-розовые

Гранулез наблюдается при:

- a) красном плоском лишае

- b) крапивнице
- c) отрубевидном лишае
- d) вульгарной пузырчатке

Препараты, применяемые в стадию прогрессирования псориаза:

- a) цитостатики
- b) антагонисты ионов кальция
- c) анальгетики
- d) антисептики

Какое из перечисленных мероприятий проводится при медикаментозной токсидермии, развившейся от перорального приема антибиотиков:

- a) прекращение приема медикаментов
- b) обильное питье
- c) десенсибилизирующая терапия
- d) местная противовоспалительная терапия

Гонорейный уретрит у мужчин может осложняться всем, кроме:

- a) простатита
- b) эпидидимита
- c) везикулита
- d) стриктуры уретры

Какую местную терапию назначают больному с острой экземой лица в стадию мокнутия:

- a) пасты
- b) примочки
- c) кремы
- d) мази

Какой симптом характерен для вульгарной пузырчатки:

- a) положительная реакция Манту
- b) симптом стеаринового пятна
- c) симптом Никольского

d) проба Бальцера

Длина бледной трепонемы в среднем составляет:

- a) 1-2 мкм
- b) 4-14 мкм
- c) 20-25 мкм
- d) 30-35 мкм

Какие наружные средства применяют в стадию прогрессирования при псориазе:

- a) болтушки
- b) примочки
- c) фунгицидные мази
- d) индифферентные мази

Какой контингент населения чаще болеет красной волчанкой:

- a) лица, длительно пребывающие на солнце
- b) возрастная группа 20-40 лет
- c) лица, принимающие гризеофульвин, тетрациклин
- d) представители белой расы

Укажите основные клинические признаки, не характерные для простого дерматита:

- a) четкие границы
- b) нечеткие границы
- c) выраженная клиническая стадийность поражения
- d) жалобы на боль и жжение

Какие клинические признаки не характерны для доброкачественного типа лепры:

- a) пятна
- b) язвы
- c) атрофия
- d) невриты и полиневриты

Укажите клинические проявления, характерные для третичного сифилиса:

- a) папулы ладоней и подошв
- b) сгруппированные бугорки
- c) мелкоочаговое облысение
- d) широкие кондиломы

При исследовании бледной трепонемы под электронным микроскопом выявляются все образования, кроме:

- a) чехла
- b) жгутиков
- c) фибрилл
- d) цитоплазматической мембраны

К атипичным твердым шанкрам относятся:

- a) индуративный отек
- b) широкие кондиломы
- c) эктима
- d) фликтена

Укажите морфологический элемент, характерный крапивнице:

- a) папула
- b) эксфолиация
- c) пятно
- d) волдырь

Укажите характер течения простого контактного дерматита:

- a) рецидивирующий
- b) острый
- c) подострый
- d) хронический

Какой рубец образуется у больных папулонекротическим туберкулезом:

- a) штампованный
- b) мостовидный

- c) мозаичный
- d) звездчатый

Перечислите препараты, содержащие калий:

- a) аспаркам
- b) панангин
- c) оротат калия
- d) хлорид калия

## КОМПЛЕКТ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

### Ситуационная задача № 1.

- В КВД обратился мужчина, 35 лет, с жалобами на появление 3 дня назад «язвочки» на головке полового члена. При осмотре: в области головки полового члена язвенный дефект с ровными краями, 7 мм в диаметре, мясо-красного цвета, с плотноэластическим пластинчатым инфильтратом в основании, безболезненный при пальпации. Паховые лимфоузлы справа увеличены до размера грецкого ореха, плотноэластической консистенции, безболезненные, не спаяны между собой и подлежащими тканями. Из отделяемого язвенного дефекта бледная трепонема не выделена. Реакция микропреципитации отрицательная. Жена пациента — домохозяйка по уходу за сыном 2 лет.
- Какой диагноз можно предположить у пациента?
- Какие методы обследования следует предпринять для подтверждения диагноза у мужчины?
- Каковы ваши рекомендации для жены, если она здорова?
- Какие мероприятия необходимы в отношении ребенка?

### Ситуационная задача № 2.

- К дерматовенерологу обратилась женщина в связи с тем, что ее партнеру 3 дня назад был поставлен диагноз сифилиса, о чем он сообщил ей по рекомендации врача. У мужчины при клинико-серологическом обследовании: эрозия мясо-красного цвета, размером 6-7 мм, с ровными краями в области уздечки полового члена; плотные, увеличенные до размера грецкого ореха, не спаянные с кожей паховые лимфоузлы справа. Из эрозии выделена *Treponema pallidum*, положительные результаты РПР с кардиолипидным антигеном,

РПГА, ИФА. У обратившейся женщины последний половой контакт с больным около 1,5 мес. назад. Ее беспокоит, заразилась ли она сифилисом.

- Какой диагноз у мужчины?
- Какие результаты клинико-серологического обследования у женщины могут быть получены?
- Обоснуйте каждый из возможных вариантов.
- При отрицательных результатах обследования можете ли вы гарантировать пациентке отсутствие у нее сифилиса?
- Нужно ли женщине превентивное лечение?

### **Ситуационная задача № 3**

- Мужчина вызван к дерматовенерологу, т. к. 1 мес. назад он имел половой контакт с женщиной, которая в настоящий момент проходит лечение по поводу первичного сифилиса. У нее в отделяемом эрозии с блестящей поверхностью, мясо-красного цвета, размером 0,6-0,7 см, на спайке больших половых губ найдена *Treponema pallidum*, РПР с кардиолипидным антигеном 4+, РПГА 4+. У мужчины при клинико-серологическом обследовании клинических признаков сифилиса нет, реакция микропреципитации отрицательная. В ходе беседы выясняется, что 2 дня назад он вступал в половую связь с другой женщиной.
- Какие методы дообследования следует провести мужчине?
- Какая стадия сифилиса у пациентки, начавшей лечение?
- Какова вероятность, что мужчина заразит сифилисом своего последнего полового партнера?
- Какие методы обследования применить ко второй женщине?
- Каковы ваши действия в отношении последней половой партнерши?

### **Ситуационная задача № 4.**

- К венерологу обратился пациент с жалобами на появление безболезненных высыпаний в области гениталий и увеличение паховых лимфоузлов, которые заметил 4 дня назад. При осмотре: на половом члене, в заголовочной борозде, а также на лобке имеется пять эрозий с ровными блюдцеобразными краями, дном мясо-красного цвета, скудным серозным отделяемым и небольшим инфильтратом в основании, не сопровождающиеся болезненностью. Определяется двустороннее увеличение паховых лимфоузлов, более выраженное справа, они не спаяны с кожей, безболезненны при пальпации. В отделяемом со дна эрозивных элементов обнаружена *Treponema pallidum*, реакция микропреципитации

положительная. Из анамнеза известно, что в течение 20 дней, предшествовавших появлению высыпаний, имел несколько половых контактов с одной и той же женщиной. В течение предыдущих 3 мес. другие половые контакты отрицает. При обследовании половой партнерши у нее были выявлены: широкие кондиломы в области больших половых губ и в перианальной области, папулы ладоней и подошв; реакция микропреципитации 4 + титр 1:1024, РПГА 4+, ИФА 4+. Замужем, ребенок 2 лет.

- Каков ваш клинический диагноз у мужчины?
- Оцените сроки развития инфекционного процесса. С чем вы это связываете?
- Назовите диагноз у женщины.
- Каковы ваши рекомендации по поводу обследования мужа пациентки?
- Каковы ваши рекомендации для ребенка?

#### **Ситуационная задача № 5.**

• На приеме у венеролога мужчина, около 20 дней назад имевший половую связь с женщиной, у которой накануне при медосмотре выявлен сифилис (обильная яркая розеолезная сыпь на туловище, в области малых половых губ эпителизирующаяся эрозия; РПР 4+, РПГА 4+), о чем она ему сообщила по рекомендации врача. Накануне у пациента была половая связь с другой женщиной, которой он незамедлительно сообщил о необходимости обращения к венерологу. У нее при осмотре клинических признаков сифилиса не выявлено, РПР с кардиолипидным антигеном и реакция микропреципитации отрицательные.

- Какая стадия сифилиса может иметь место у мужчины?
- Какие стадии сифилиса наблюдаются у первой женщины?
- Каковы рекомендации для второй женщины?
- Может ли пациент быть источником заражения второй партнерши?

#### **Ситуационная задача № 6.**

• В венерологическое отделение клиники поступила женщина с диагнозом «первичный серопозитивный сифилис (твердый шанкр левой большой половой губы, регионарный склераденит)». Среди половых партнеров ею был назван мужчина, с которым она имела половой контакт за 2 мес. до госпитализации. При его обследовании клинических проявлений сифилиса выявлено не было. Со слов пациента, «язвочка» в заголовочной борозде полового члена, обнаруженная более полугодом назад и расцененная больным как «потертость», самостоятельно регрессировала. К врачам не обращался. В настоящее время РПР 4+, РПГА 4+, ИФА 4+. Женат, проживает с детьми 2 и 14 лет.

- Какая стадия сифилиса возможна у мужчины?
- Может ли он быть источником заражения для пациентки?
- Каковы ваши действия в отношении семьи больного?
- Какие варианты может дать обследование жены больного?

#### **Ситуационная задача № 7.**

- Мужчина обнаружил у себя на головке полового члена эрозию около 10 мм в диаметре, безболезненную, с ровными блюдцеобразными краями и инфильтратом в основании, увеличение паховых лимфоузлов слева, также не сопровождающееся субъективными ощущениями. Из отделяемого эрозии обнаружена *Treponema pallidum*, реакция микропреципитации положительная. Венеролог попросил назвать его половые контакты за

последние 3 мес. Пациент назвал два контакта: первый 1,5 мес. назад и второй 30 дней назад.

При обследовании партнерш: у первой роговые папулы ладоней и подошв, лейкодерма в области боковых поверхностей шеи, легкая осиплость голоса, РПГА 4+; у второй клинических признаков сифилиса не выявлено, РПР с кардиолипидным антигеном отрицательная.

- 1. Какой диагноз у мужчины?
- 2. Какие серологические реакции следует рекомендовать обеим женщинам?
- 3. Как можно интерпретировать результаты обследования женщин?
- 4. От какой из партнерш скорее всего произошло заражение?
- 5. Каковы ваши рекомендации для второй партнерши?

### **Ситуационная задача № 8.**

• В лечебно-диагностическое отделение клиники обратился мужчина по поводу появления неделю назад на головке полового члена безболезненной эрозии. После обследования ему был поставлен диагноз «первичный серонегативный сифилис». Со слов больного, последний половой контакт имел место около 2 мес. назад с малознакомой женщиной, от которой он заразился гонореей. В связи с этим пациент проходил лечение в КВД по месту жительства сумамедом по 1000 мг однократно. Женат, сын 10 лет и дочь 2 лет.

- В чем особенность течения сифилиса в данном случае?
- С чем связано удлинение инкубационного периода?
- Какие еще причины могут привести к подобному изменению течения инфекции?
- Каковы ваши рекомендации для жены?
- Каковы ваши рекомендации для детей?

### **Ситуационная задача № 9.**

• На прием к венерологу обратилась женщина, около 3,5 нед. назад имевшая случайную связь. При осмотре: у женщины в уголке губ эрозия, имеющая вид заеды, увеличены правые подчелюстные лимфоузлы, не спаяны с кожей, безболезненны. При осмотре на гинекологическом кресле: в области малых половых губ и задней спайки пять эрозий с ровными краями, округлых очертаний, болезненные. Паховые лимфоузлы увеличены с обеих сторон, слева до размера перепелиного яйца, справа до размера куриного. РПР 4+ с кардиолипидным антигеном, РПГА 4т, ИФЛ 4+. У мужа клинических признаков сифилиса нет, однако около месяца назад в связи с «неприятными» ощущениями в горле самостоятельно принимал доксициклин по 1 таблетке 2 раза в день в течение 1 нед. РПР 4+, РПГА 4+, ИФА 4+. Известно, что год назад перенес аппендэктомию и серологические реакции были отрицательны.

- Каков ваш диагноз у женщины?
- Каков вероятный диагноз у мужа?
- Каковы возможные результаты его обследования?
- Каковы рекомендации для случайного партнера?

### **Ситуационная задача № 10.**

• В центре по лечению инфекций, передаваемых половым путем, возникла конфликтная ситуация. Полтора года назад на прием обратился мужчина с жалобами на высыпания в области гениталий. При клинико-серологическом обследовании у пациента выявлен сифилис (лентикулярные папулы на спинке полового члена, папулы ладоней и подошв, мелкоочаговая алопеция, лейкодерма на задней поверхности шеи, РПР с кардиолипидным антигеном 4+, РПГА 4+, титр 1:1040, ИФА 4+). Пациент женат и имеет любовницу. Венеролог сообщил о необходимости обследования и лечения обеих партнерш, однако пациент привел только любовницу, утверждая, что жена посетит врача позднее. При клинико-серологическом



обследовании у женщины выявлен вторичный свежий сифилис (эритематозная ангина, обильная розеола на боковых поверхностях туловища, РПР 4+, РПГА 4+, ИФА 4+). Оба получили специфическую терапию в полном объеме. Жене пациент ничего не сообщил, утверждая, что в половой контакт с ней вступает редко и у нее никаких внешних признаков болезни нет. В настоящее время пациент снова обратился с эрозией в области головки полового члена и односторонним увеличением паховых лимфоузлов. Из эрозии выделена *Treponema pallidum*, РПР отрицательная, РИФ-абс 3+. По утверждению пациента, его «плохо пролечили» и болезнь рецидивировала. Случайные половые связи решительно отрицает, утверждает, что последнее время вступал в половую связь только с женой.

- Каков вероятный диагноз у мужчины?
- Что послужило причиной данной ситуации?
- Какая стадия инфекционного процесса наблюдалась у пациента в момент первого обращения?
- Какой диагноз был у любовницы?
- Каково вероятное течение инфекции у жены?

### **Ситуационная задача № 11.**

• К венерологу на прием обратился мужчина с семью эрозивными дефектами в области крайней плоти, на коже головки и спинке полового члена. Лимфоузлы в паховых областях увеличены с обеих сторон, больше справа, безболезненны. В отделяемом из эрозий при микроскопии в темном поле обнаружена *Treponema pallidum*, РПР с кардиолипидным антигеном 4+, РПГА 4+, ИФА 4+. В беседе с дерматовенерологом пациент настойчиво утверждает, что вступал в половые контакты только с женой, в том числе и после появления эрозии. По мнению пациента, заражение сифилисом произошло в поезде при пользовании общественным туалетом 1 мес. назад. При настойчивом опросе выявлено, что на вокзале 1 мес. назад воспользовался услугами коммерческого секса (оральная форма контакта). Пользоваться презервативом пациент не стал, т. к. счел этот вид секса «безопасным». Друг пациента вступил с этой же женщиной в стандартный половой акт с использованием презерватива. При обследовании: у жены пациента клинических данных за сифилис нет, комплекс стандартных серологических реакций отрицательный. У друга пациента клинико-серологическое обследование в динамике (3 мес.) не выявило признаков сифилиса.

- Какая стадия сифилиса у обратившегося на прием пациента?
- Насколько вероятно, что его жена и друг не заразились сифилисом?
- Какие клинические проявления сифилиса могли быть у представительницы коммерческого секса?
- Каковы ваши рекомендации для жены?

### **Ситуационная задача № 12.**

• В венерологическое отделение клиники была направлена женщина, 23 лет, у которой без видимой причины появились сыпь на коже туловища и полиаденит. Венеролог расценил сыпь как розеолезные сифилиды. При серологическом обследовании: РПР с кардиолипидным антигеном 4+, РПГА 4+, ИФА 4+. Женщина замужем, случайные половые контакты отрицает, каких либо высыпаний на гениталиях в последние полгода не было. При трехкратном клинико-серологическом обследовании мужа сифилиса не выявлено. При дальнейшей беседе пациентка сообщает, что около 2 мес. назад во время поездки в поезде имел место оральный контакт с попутчиком, месяц назад на губе появилась эрозия, которую посчитала за «простуду», к врачам не обращалась, не лечилась.

- Кто, по-видимому, послужил источником заражения женщины?
- Каковы рекомендации для мужа?
- Каков вероятный диагноз у попутчика?
- Каков план лечения пациентки?

### **Ситуационная задача № 13.**

- При поступлении на работу у 50-летней женщины во время медосмотра выявлены положительные серологические реакции: РПР с кардиолипидным антигеном 4+, РПГА 4+, ИФА 4+, РИБТ 60 %. В ходе сбора анамнеза женщина сообщает, что последний половой контакт у нее был 1,5 года назад и носил случайный характер. С тех пор половых связей не было, муж умер 6 лет назад от повторного инсульта. Появления каких-либо элементов сыпи на коже или гениталиях за последние полтора года не отмечала, при осмотре специфических высыпаний не выявлено.

- Какой диагноз следует поставить пациентке?
- Какое дальнейшее развитие инфекционного процесса может иметь место?
- Нуждается ли пациентка в дообследовании? Какие результаты обследования могут быть получены?
- Какие формы существования возбудителя сифилиса могут обусловить такое течение болезни?
- Представляет ли пациентка эпидемиологическую опасность?

#### **Ситуационная задача № 14.**

- Пациент обратился к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей. Объективно: розеолезные элементы диаметром до 2 см, фокусно расположенные на боковых поверхностях туловища, папулы ладоней и подошв, папулезная ангина, охриплость голоса (рауседо). РПР с кардиолипидным антигеном 4+, РПГА 4+, ИФА 4+. Из анамнеза известно, что около 9 мес. назад на головке полового члена была эрозия, разрешившаяся самостоятельно в течение месяца. В последнюю неделю ее существования на коже появились пятна, которые больной расценил как аллергию на цитрусовые. После курсового лечения инъекциями пенициллина пациент находился на клинко-серологическом контроле. Через год тот же пациент обращается в хирургическое отделение для пластики ушных раковин. При обследовании РПР отрицательная, РПГА 3+, ИФА 4+. Женился 5 мес. назад, ждут ребенка.

- Какой диагноз следует поставить пациенту при первом обращении?
- Как расценить реакции, полученные в хирургической клинике?
- Возможно ли хирургическое вмешательство?
- Каковы рекомендации для жены?

#### **Ситуационная задача № 15.**

- У мужчины, 60 лет, при обследовании в клинике кожных и венерических болезней по поводу экземы обнаружены: РПР с кардиолипидным антигеном отрицательная, РПГА 4+, ИФА 4+. Клинических специфических проявлений не выявлено. При дополнительной беседе больной сообщил, что более 20 лет назад во время боевых действий в балканской стране по поводу сифилиса получил две инъекции антибиотиков. По возвращении в Россию к дерматовенерологам не обращался. В возрасте 48-53 лет у больного отмечались повторные микроинсульты, ишемическая болезнь сердца, при госпитализациях в связи с заболеванием сердечно-сосудистой системы аналогичные серологические реакции расценивались терапевтами как ложноположительные. Жена больного обследована, здорова.

- Каковы возможные клинические диагнозы в данном случае?
- Какие методики обследования и серологические реакции необходимы для дообследования?
- Консультации специалистов каких специальностей следует рекомендовать?
- Чем, вероятнее всего, обусловлено состояние больного в данном случае?

#### **Ситуационная задача № 16.**

- При медицинском осмотре при поступлении на работу мужчины, 32 лет, хирургом обнаружены увеличенные паховые лимфатические узлы и язва на головке полового члена. Жалоб мужчина не предъявлял. Направлен на консультацию к дерматовенерологу. Из анамнеза установлено, что месяц назад имел случайную половую связь в нетрезвом виде с малознакомой

женщиной. Спустя месяц после полового контакта появилась небольшая «ранка» на головке полового члена. Ничем не лечился. Разведен. Живет с родителями.

При осмотре: на головке полового члена имеется безболезненная язва до 1,5 см в диаметре, без островоспалительных явлений, правильных округлых очертаний, с четкими границами, приподнятая над окружающими здоровыми тканями. Дно язвы гладкое, блестящее, мясо-красного цвета; края пологие (блюдеобразные); скудное серозное отделяемое; в основании хрящевидный плотноэластический инфильтрат. Паховые лимфатические узлы увеличены с обеих сторон примерно до 1 см в диаметре, имеют плотноэластическую консистенцию, не спаяны между собой и кожей, подвижные, безболезненны, при пальпации слегка пружинят, кожа над ними не изменена. Из сопутствующих заболеваний у пациента хронический гастрит.

При исследовании тканевого сока язвы в темном поле микроскопа обнаружены спиралевидные микроорганизмы с 10-14 завитками, обладающие подвижностью, совершающие четыре основных вида движений: поступательное, вращательное, сгибательное и волнообразное. Плохо окрашиваются анилиновыми красителями в розовый цвет.

- О каком диагнозе можно думать?
- Какой микроорганизм обнаружен в тканевом соке язвы?
- С каким заболеванием надо проводить дифференциальный диагноз?
- Какое лечение следует назначить больному?
- Как поступить с родителями больного?

### **Ситуационная задача № 17.**

• На прием к врачу-урологу обратился мужчина, 27 лет, с жалобами на ущемление головки полового члена крайней плотью, отечность полового члена и болезненность. Считает себя больным около 3 нед. Сначала на внутреннем листке крайней плоти появилась небольшая «ссадинка», а 3 дня назад после половой связи с подругой — отек всей крайней плоти и ущемление головки полового члена. Ничем не лечился. Не женат. Ведет беспорядочную половую жизнь.

При осмотре обращают на себя внимание отечность, гиперемия с синюшным оттенком полового члена и внутреннего листка крайней плоти. Головка ущемлена суженным препуциальным кольцом. Паховые лимфатические узлы слева увеличены до 2 см в диаметре, плотноэластической консистенции, безболезненные, не спаяны между собой и с окружающей кожей, подвижные.

- О каком диагнозе можно думать?
- Какова должна быть тактика уролога в отношении этого больного?
- С каким заболеванием надо проводить дифференциальный диагноз?
- Какие методы лабораторной диагностики следует применить для подтверждения диагноза?
- Какова должна быть тактика в отношении половой партнерши пациента?

### **Ситуационная задача № 18.**

• В наркологическом отделении специализированной клиники дерматовенерологом осмотрен мужчина, 22 лет. Находится на лечении по поводу хронического алкоголизма в течение месяца. При поступлении в стационар кожа и видимые слизистые были свободны от высыпаний, КСР отрицательный. Из анамнеза установлено, что половая потенция сильно снижена. Однако 2,5 мес. назад имел случайную половую связь с соседкой по коммунальной квартире. Заметил у нее какую-то сыпь на теле и выпадение волос.

При осмотре: на внутреннем листке крайней плоти и на головке полового члена выявлены множественные безболезненные язвы от 4 мм до 1 см в диаметре, правильных округлых очертаний, с валикообразными краями, дном мясо-красного цвета, хрящевидным инфильтратом в основании. Паховые лимфатические узлы увеличены с обеих сторон до 1,5 см в диаметре,

плотноэластической консистенции, безболезненные, не спаянные между собой и с окружающими тканями.

- О каком заболевании можно думать?
- Что в задаче характерно для обычного течения заболевания?
- Наметьте план обследования больного.
- Каковы организационные мероприятия для подтверждения диагноза?
- Каково рекомендуемое лечение?

### **Ситуационная задача № 19.**

• У юноши, 18 лет, при прохождении призывной комиссии в военкомате выявлено одностороннее увеличение миндалины слева. Больным себя не считал. Субъективные ощущения отсутствуют. Холост. Имел случайные половые связи после дискотеки. Ничем не лечился. Живет с родителями. Сопутствующих заболеваний не выявлено.

При осмотре выявлено увеличение миндалины слева. Миндалины уплотнены, дефекты слизистой оболочки отсутствуют, легкая гиперемия ограничена только поверхностью миндалины. Подчелюстные и задние околоушные лимфоузлы увеличены до 1 см в диаметре, плотноэластической консистенции, не спаянные между собой и с окружающими тканями. Положительная микрореакция на сифилис (3+). При детальном осмотре больного выявлена трещина в перианальной области, отличающаяся безболезненностью.

- О каком заболевании можно думать в данном случае?
- Какие данные анамнеза необходимо уточнить?
- С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
- Наметьте план обследования и лечения больного.

### **Ситуационная задача № 20.**

• На прием к врачу-венерологу в кабинет анонимного обследования обратилась женщина, 19 лет, ведущая беспорядочную половую жизнь. Предъявляет жалобы на наличие безболезненных язв на нижней губе и на большой половой губе справа. При опросе выяснено, что помимо традиционного полового акта имела орорегенитальные контакты с партнером. Первая язва появилась на половых органах, вторая — спустя 3 дня во рту. Ничем не лечилась. Не замужем. Не работает.

При осмотре: на внутренней поверхности нижней губы слева и на гребне большой половой губы справа расположены две язвы диаметром 0,7 и 1,0 см соответственно, имеющие четкие округлые очертания, приподнятые края, дно красного цвета с небольшим белесоватым налетом. При пальпации в основании обоих элементов определяется хрящевидное уплотнение, не выходящее за пределы язв, болезненность отсутствует. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 2 см, имеют плотноэластическую консистенцию, безболезненные, не спаянные между собой и с окружающими тканями.

При исследовании тканевого сока язвы нижней губы в темном поле микроскопа обнаружен толстый короткий с грубыми завитками спиралевидный микроорганизм, отличающийся беспорядочными движениями. При окраске анилиновыми красителями хорошо окрасился в розовый цвет.

- О каком диагнозе можно думать?
- Составьте диагностическую программу.
- Какой микроорганизм обнаружен в тканевом соке язвы нижней губы?
- С каким заболеванием надо проводить дифференциальный диагноз?
- Какое лечение показано для данной больной?
- Наметьте план профилактических мероприятий.

### **Ситуационная задача № 21.**

• На прием к хирургу обратился судмедэксперт. Спустя месяц после вскрытия трупа бомжа, сопровождавшегося разрывом перчатки в области концевой фаланги указательного пальца правой

руки, появилось булавовидное вздутие и увеличение пальца в объеме. Инфильтрат глубокий, плотный, занимает всю дистальную фалангу пальца. Кожа имеет застойно-багровую окраску. У внутреннего края ногтя имеется язва в виде полулуния, с серозно-гнойным отделяемым на поверхности. Больного беспокоят резкие стреляющие боли. Отмечается увеличение локтевых и подмышечных лимфатических узлов справа. Они плотные, подвижные, болезненные. Из семейного анамнеза выяснилось, что пациент женат, имеет ребенка 3 лет.

Хирургом назначено лечение: доксициклин по 1 капсуле 2 раза в день в течение 7 дней, аутогемотерапия 10, витамин С, глюконат кальция, местно — повязки с гипертоническим раствором, химотрипсин, аргосульфат, УВЧ-терапия. После проведенного лечения наблюдается незначительное улучшение.

- О каких диагнозах можно думать?
- Оцените действия хирурга.
- Составьте план обследования пациента.
- Какова ваша тактика в отношении жены и ребенка больного?

### **Ситуационная задача № 22.**

• На прием к дерматологу обратился мужчина, 23 лет, с жалобами на наличие «язвочек» на головке полового члена. При опросе удалось выяснить, что обычно заболеванию предшествует переохлаждение или бурный половой акт. Эта вспышка заболевания — третья за последние полгода. Сначала появляются зуд или жжение, затем красное отечное пятно, на фоне которого возникают близко расположенные пузырьки, вскрывающиеся через 2-3 дня с образованием болезненных эрозий. К врачу не обращался. Самостоятельно обрабатывал высыпания 5% спиртовым раствором йода. Пациент холост. Половая жизнь 2-3 раза в неделю с постоянной партнершей.

При осмотре: на головке полового члена располагается участок застойной гиперемии размерами 1,5 X 1,0 см с явлениями умеренно выраженной инфильтрации. На этом фоне имеются сгруппированные везикулы и эрозии диаметром до 2 мм. Эрозии характеризуются полициклическими очертаниями, мягким основанием, умеренной болезненностью при пальпации. Пахового лимфаденита нет.

- О каком заболевании можно думать в данном случае?
- С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
- Наметьте план обследования и лечения больного.

### **Ситуационная задача № 23.**

• На прием к дерматологу обратился мужчина, 25 лет, с жалобами на наличие язвы на половом члене. Считает себя больным 3 нед. Заболевание развилось после случайной половой связи в командировке около 2 мес. назад. Сначала появилась «ссадинка», не вызывающая субъективных ощущений, которую пациент ежедневно смазывал 5% раствором йода. Отсутствие эффекта от лечения, превращение «ссадинки» в язву заставили больного обратиться к врачу. Соматических заболеваний у пациента не имеется.

Объективно: на внутренней поверхности крайней плоти располагается безболезненная округлая язва до 1,0 см в диаметре, с поднятыми краями и мясо-красным дном. В основании пальпируется хрящевидный инфильтрат. Паховые лимфатические узлы имеют размеры 0,7 X 0,7 см в диаметре, плотноэластической консистенции, безболезненные, подвижные, кожа над ними не изменена.

- О каком заболевании можно думать в данном случае?
- С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
- Какое обследование необходимо пациенту?
- Какое лечение может быть назначено больному?

### **Ситуационная задача № 24.**

- Больная, 25 лет, замужем. Обратилась к гинекологу по поводу высыпаний на половых органах, появление которых сопровождается жжением, болезненностью.

При осмотре: на слизистой оболочке большой половой губы справа располагаются сгруппированные пузырьки и эрозии с полициклическими очертаниями, без уплотнения в основании. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Подобные высыпания появлялись и раньше. Внебрачные половые контакты отрицает.

- О каком заболевании можно думать?
- С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
- Какое обследование необходимо назначить пациентке?
- Каковы терапевтические подходы к лечению этого заболевания?

#### **Ситуационная задача № 25.**

- Больной, 42 лет, проводник, женат, имеет двоих детей. Обратился к хирургу по поводу увеличения лимфатических узлов правой паховой области и был госпитализирован.

При осмотре: лимфатические узлы в день поступления в стационар были размером до 2 см в диаметре, плотные, безболезненные. На коже полового члена небольшая безболезненная эрозия, которой ни больной, ни хирург не придали никакого значения. Серологическое исследование на сифилис дало отрицательные результаты. Больной был подвергнут хирургическому лечению: удалены измененные лимфатические узлы. Заживление раны было вялым. Впоследствии пациент был приглашен в КВД как контакт больной вторичным рецидивным сифилисом. При повторном серологическом исследовании: РПР с кардиолипидным антигеном 4+, ИФА 4+, РПГА 4+.

- Каков предположительный диагноз в период оперативного вмешательства?
- Какой диагноз должен быть поставлен больному с учетом результатов обследования в КВД?
- Какое лечение показано больному?
- Какова должна быть тактика венеролога в отношении семьи пациента, а также хирурга, проводившего операцию?
- Какова оценка тактики хирурга в отношении хирургического лечения больного?

#### **Ситуационная задача № 26.**

- Больная, 23 лет, незамужняя. Обратилась к оториноларингологу по поводу неприятных ощущений в горле. Объективно: миндалина слева увеличена, слегка гиперемирована, лакуны отсутствуют, островоспалительных явлений нет. Подчелюстные лимфоузлы слева увеличены до размеров фасоли, плотноэластической консистенции, имеют овоидную форму, безболезненные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, при пальпации слегка пружинят. Температура тела нормальная. Было назначено полоскание горла содовым раствором, внутрь — сумамед. В течение недели улучшения не наступило. В анамнезе: интимные связи с малознакомыми мужчинами.

- Каков ваш предположительный диагноз?
- С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- Какова тактика врача по обследованию больной?
- Оцените действия врача-оториноларинголога.

#### **Ситуационная задача № 27.**

- На прием к врачу-дерматологу обратился мужчина 32 лет, у которого несколько дней назад появилась сыпь на туловище без субъективных ощущений. При осмотре: на коже туловища обильная, беспорядочно расположенная, мелкая, розеолезная сыпь и многочисленные лентикулярные папулы розового цвета, с четкими границами, округлых очертаний. В заголовочной борозде полового члена эпителизирующаяся эрозия с пластинчатым инфильтратом в основании. Раньше больной ничем не болел и не лечился. 3 мес. назад была случайная половая связь с малознакомой женщиной.

- Для какого заболевания наиболее характерна данная клиническая картина?
- Назовите исследования, которые необходимо провести в первую очередь для подтверждения диагноза.
- Какие симптомы можно выявить у данного больного при осмотре видимых слизистых оболочек?
- Какова предположительно длительность заболевания у данного пациента?
- С чем необходимо дифференцировать данные изменения?

### **Ситуационная задача № 28.**

• К врачу-инфекционисту обратилась женщина, 30 лет, у которой 4 дня назад на коже туловища и конечностей появилась сыпь. Из анамнеза удалось выяснить, что в течение 1,5 мес. у нее на языке существует «язвочка», которая субъективно никак ее не беспокоит. Общее состояние больной хорошее, температура 36,6 °С. При осмотре на туловище и руках обнаружены многочисленные беспорядочно расположенные папулы, округлых очертаний, диаметром до 0,7 см. Консистенция папул плотноэластическая, окраска синюшно-красная с буроватым оттенком. Поверхность свежих папул гладкая, старые папулы покрыты тонкими чешуйками. Субъективные ощущения отсутствуют.

- Какова должна быть тактика врача-инфекциониста?
- Для какого заболевания наиболее характерна данная клиническая картина?
- Назовите исследования, которые необходимо провести для уточнения диагноза.
- С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
- Каковы варианты развития заболевания?

### **Ситуационная задача № 29.**

• На прием к врачу-терапевту обратился мужчина, 23 лет, который сообщил, что 8-10 дней назад у него без видимой причины на коже туловища появилась сыпь без субъективных ощущений. При осмотре: на боковых поверхностях туловища обильная пятнистая беспорядочно расположенная сыпь. Пятна округлых очертаний величиной от чечевицы до ногтя мизинца. Поверхность пятен гладкая, шелушения нет. При осмотре слизистых оболочек полости рта — эритематозная ангина. На кожной складке слева от ануса линейная безболезненная эрозия. Самочувствие больного удовлетворительное, по органам патологии не выявлено. Из анамнеза известно, что 3 мес. назад имел гомосексуальный контакт с малознакомым партнером.

- Для какого диагноза характерна данная клиническая картина?
- Какие лабораторные исследования необходимо применить для уточнения диагноза?
- Какие анамнестические данные необходимо уточнить перед началом лечения?
- С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

### **Ситуационная задача № 30.**

• Больная, 34 лет, по профессии повар, обратилась к оториноларингологу по поводу неприятных ощущений в горле, появившихся около 1,5 мес. назад, и увеличенных подчелюстных лимфатических узлов. Все это время лечилась самостоятельно различными полосканиями без эффекта. При осмотре: увеличение правой миндалины без выраженных воспалительных явлений. Больная была направлена к онкологу, который исключил опухолевую природу заболевания. ЛОР-врач выставил диагноз «обострение хронического тонзиллита» и назначил лечение антибиотиками (название пациентка указать не может). Через 6 ч после первой инъекции у пациентки появились резкий озноб, слабость, температура поднялась до 39,6 °С, обильная пятнистая сыпь на туловище величиной до 1 см в диаметре, без субъективных ощущений. Вызванный врач-терапевт направил больную в аллергологическое отделение с диагнозом «аллергическая реакция на антибиотик».

- Оцените действия отоларинголога и терапевта.

- Какой предварительный диагноз можно было выставить данной больной?
- Что, с вашей точки зрения, явилось причиной появления высыпаний и лихорадки у больной?
- Какие лабораторные исследования помогут подтвердить диагноз?
- Определите дальнейшую тактику ведения пациентки.

### **Ситуационная задача № 31.**

• На приеме у врача-гинеколога больная, 23 лет, студентка, состоит в гражданском браке. 2 недели назад отметила появление высыпаний на коже половых губ с переходом на область паховых складок, которые не вызывали субъективных ощущений. Самостоятельно смазывала их флуцинаром, но без эффекта. Количество сыпи постепенно увеличивалось, часть элементов стала значительно выступать над уровнем кожи. При осмотре: на коже половых губ и паховых складок имеются гипертрофические папулы розовато-синюшного цвета, располагающиеся на широком инфильтрированном основании, с неровной дольчатой поверхностью, напоминающие цветную капусту. Часть папул эрозирована, и отделяет серозный экссудат с неприятным запахом. При осмотре шейки матки в зеркалах патологии не выявлено.

- Какова должна быть тактика врача-гинеколога?
- Какое исследование необходимо в данном случае провести в первую очередь?
- Какие еще симптомы могут быть обнаружены на коже и слизистых оболочках у больной?
- Должен ли быть привлечен гражданский муж больной к осмотру и обследованию?
- С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз?

### **Ситуационная задача № 32.**

• К дерматологу обратился больной, 42 лет, по профессии грузчик, с жалобами на появление многочисленных высыпаний на коже спины, сопровождающихся болезненными ощущениями. Со слов больного, «прыщики» впервые появились 3 недели назад. Элементы постепенно увеличивались в размерах и ссыхались в корки, одновременно возникали новые. Самостоятельно смазывал их мазью Вишневского, после чего корки отпадали, а на их месте образовывались язвенные дефекты, которые продолжали разрастаться и вновь покрывались корками. При осмотре на коже спины обнаружено 8 элементов от 1 до 3 см в диаметре в виде слоистых грязно-бурого цвета корок, вдавленных в кожу и окруженных четко очерченным валиком инфильтрата медно-красного цвета. Корки неплотно прилегают к краевому инфильтрату, и после их удаления обнажаются глубокие язвы с отвесными краями и гладким дном, покрытым желтовато-серым налетом. При удалении корок отмечается легкая болезненность. Из анамнеза известно, что больной злоупотребляет алкоголем.

- О каком клиническом диагнозе можно думать в первую очередь?
- Какие дополнительные клинические и лабораторные обследования необходимо провести больному для установления диагноза?
- На какие фоновые соматические заболевания необходимо провести обследование больного?
- С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
- Какую лечебную тактику целесообразно применить?

### **Ситуационная задача № 33.**

• У женщины, 26 лет, на боковых и задней поверхностях шеи гипохромные пятна, округлые, расположенные в виде кружева и не имеющие тенденцию к слиянию. Пятна не шелушатся, воспалительные явления отсутствуют. Проба с 5% спиртовым раствором йода отрицательная. Больная отмечает, что в последнее время у нее поредели волосы в области висков. При обследовании соматической патологии не обнаружено.

- О каком заболевании можно думать в первую очередь?
- Что следует сделать для уточнения диагноза?



- С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- Какие специалисты, кроме дерматолога, должны быть привлечены для обследования больной?
- Какова врачебная тактика?

#### **Ситуационная задача № 34.**

• На консультацию к дерматологу акушером-гинекологом направлена беременная, 23 лет, по поводу рецидива простого герпеса в области угла рта. Беременность 14 нед. Со слов больной, в прошлом у нее неоднократно в области губ появлялись аналогичные высыпания, сопровождающиеся жжением, которые быстро проходили после смазывания мазью «Зовиракс». Данное обострение длится около 3 нед. и не поддается обычной терапии. При осмотре в левом углу рта видна щелевидная эрозия размером 0,2 x 0,5 см, мясо-красного цвета, в основании которой прощупывается инфильтрат плотноэластической консистенции. Дополнительный осмотр всего кожного покрова выявил обильные бледно-розового цвета пятна размером от 0,7 до 1 см, хаотично расположенные на коже туловища. Субъективные ощущения отсутствуют.

- О каком заболевании следует думать в первую очередь?
- Какие дополнительные исследования необходимо провести данной больной?
- Оцените действия врача акушера-гинеколога.
- Необходимо ли обследовать мужа пациентки?
- Какова должна быть дальнейшая лечебная тактика в отношении больной?

#### **Ситуационная задача № 35.**

• К гинекологу обратилась больная, у которой на гениталиях и перианальной области имеются обильные нитчатые разрастания розового цвета, высотой 0,5-1 см, имеющие вид петушиного гребня и сидящие на тонкой ножке, безболезненные, с обильным неприятно пахнущим отделяемым. Паховые лимфоузлы не увеличены. Из влагалища обильные гнойно-серозные выделения. По анамнезу: половая жизнь только с мужем. В прошлом венерические заболевания отрицает.

- Каков ваш предположительный диагноз?
- С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз в первую очередь?
- Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- Какова врачебная тактика?
- Каковы способы лечения?

#### **Ситуационная задача № 36.**

- Спустя 2 месяца после родов у женщины обнаружены положительная реакция КСР 4+, титр 1:320. Из анамнеза известно, что в роддоме проводилось переливание донорской крови.
- Могла ли она заразиться сифилисом и проявления какого периода сифилиса у нее могут быть?
- Назовите клинические симптомы, которые вы можете у нее обнаружить.
- Каковы еще необходимы диагностические мероприятия?
- Какова тактика в отношении пациентки?
- Возможно ли заражение ребенка и какова тактика врача?

### **Ситуационная задача № 37.**

- На прием к хирургу обратился больной, 37 лет, с жалобами на неприятные ощущения в области заднего прохода в течение последних 2 недель. Лечение марганцевыми ванночками, которые больной применял самостоятельно, эффекта не дало. При осмотре: в перианальной области имеются гипертрофические папулы с влажной, местами мацерированной поверхностью. Кроме этого, обнаружены папулы на ладонях и подошвах, мелкоочаговое облысение на голове и слабовыраженный полиаденит.
  - О каком заболевании можно думать?
  - Каковы пути подтверждения диагноза?
  - С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
  - Какова должна быть тактика хирурга?
  - С чем необходимо дифференцировать мелкоочаговую алопецию?

### **Ситуационная задача № 38.**

• В городской КВД для обследования доставлена девочка, 10 лет, как бытовой контакт матери, у которой установлен диагноз вторичного рецидивного сифилиса. До вызова в диспансер в течение недели девочка по назначению ЛОР-врача по поводу ангины получала бисептол по 0,8 г в день, глюконат кальция, аскорутин. При поступлении предъявляет жалобы на головную боль, слабость. Температура 37,0 °С. Патологических изменений со стороны кожи и слизистой оболочки не выявлено. Миндалины справа увеличены, розово-красного цвета, отмечается незначительная болезненность при глотании. Подчелюстные и заушные лимфатические узлы справа увеличены до 1,5 см в диаметре, плотные, подвижные, безболезненные. Обнаружена бледная трепонема из тканевого сока с миндалин. КСР отрицательный. Девочка имеет сестру 5 лет.

- Назовите ваш предположительный диагноз.
- Оцените действия ЛОР-врача.
- Каковы вероятные пути заражения?
- Какова тактика в отношении бытовых контактов?
- Какова тактика в отношении матери?

### **Ситуационная задача № 40.**

- К врачу-эндокринологу обратился мужчина, 28 лет, с жалобами на выпадение волос в течение 3 мес. До обращения к эндокринологу пациент лечился у косметолога с диагнозом «себорейное облысение» препаратами серы и поливитаминами внутрь и втиранием спиртовых растворов в кожу волосистой части головы. Лечение было неэффективным, выпадение волос продолжалось. При осмотре: общее состояние больного удовлетворительное. Патологии со стороны внутренних органов не обнаружено. В области затылка, висков, бровей, бороды имеются равномерно расположенные очажки облысения до 1 см в диаметре, округлых очертаний, не сливающиеся между собой. Кожа в очагах облысения гладкая, без воспаления и шелушения, обломанные волосы отсутствуют. Субъективных ощущений нет. 5 месяцев назад, со слов больного, на половом члене была небольшая ссадина, которая ни как не беспокоила и через некоторое время бесследно исчезла.

- О каком диагнозе можно думать в первую очередь?

- С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данные проявления?
- Какие еще изменения кожи можно выявить при осмотре пациента?
- Какие лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
- Какова тактика дальнейшего ведения пациента?

#### **Ситуационная задача № 41.**

- Больной, 25 лет, боксер, 6 лет назад лечился у частнопрактикующего врача по поводу первичного сифилиса. В течение 1 недели принимал сумамед по 0,5 г 1 раз в день. Эрозия на половом члене вскоре зажила. В последующем врачом не наблюдался, считал себя вылечившимся. Месяц назад на спинке носа появилась группа плотных, синюшно-красных, полушаровидных, лоснящихся образований величиной с вишневую косточку каждый. Элементы сыпи располагались изолированно, не сливаясь друг с другом. Некоторые из них начали изъязвляться. Субъективных ощущений не отмечал. Лечился мазью «Левомеколь» — без эффекта. Направлен в стационар. При серологическом обследовании реакции микропреципитации и связывания комплемента с кардиолипидным антигеном 2+. По органам патологии не выявлено.
- Каков ваш предположительный диагноз?
- Какова тактика по уточнению диагноза?
- С какими заболеваниями надо проводить дифференциальный диагноз?
- С какими специалистами необходимо проконсультировать пациента?
- Каковы особенности последующего лечения?

#### **Ситуационная задача № 42.**

- Женщина, 48 лет, обратилась к хирургу с жалобами на язву и нижней трети голени, появление которой связывает с предшествовавшей 1 месяц назад травмой. Язва появилась на месте уплотненной припухлости. Дезинфицирующая и противовоспалительная местная терапия проводилась в течение 2 недель и оказалась неэффективной. При осмотре: язва округлых очертаний, 4X5 см, с плотными синюшно-красными валикообразными краями, выступающими над уровнем окружающей кожи. Дно язвы покрыто некротическими массами серого цвета. Субъективные ощущения отсутствуют.
- Каков ваш предположительный диагноз?
- Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- Консультацию каких специалистов необходимо получить для уточнения диагноза?
- С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
- Каковы особенности последующего лечения?

#### **Ситуационная задача № 43.**

- На консультацию к дерматовенерологу направлен больной, 50 лет, из клиники челюстно-лицевой хирургии с жалобами на перфорацию в области твердого нёба. Болен около 3 мес. На месте повреждения слизистой оболочки твердого нёба рыбной костью отметил появление безболезненной припухлости, которая спустя 1 месяц изъязвилась и стала умеренно болезненной, а 1 неделю назад здесь образовалось перфорационное отверстие, проникающее в носовую полость. Лечился

дезинфицирующими полосканиями без эффекта. КСР отрицательный. У жены 5 лет назад беременность завершилась выкидышем на 6-м месяце.

- Какой диагноз следует предположить?
- Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- Консультацию каких специалистов необходимо получить для уточнения диагноза?
- С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
- Какие действия необходимо предпринять в отношении супруги?

#### **Ситуационная задача № 44.**

- У вас на приеме мужчина, 30 лет, с жалобами на появление язвочек на правой голени. Болен около 2 месяцев, когда на месте ушиба, полученного при игре в футбол, появились безболезненные синюшно-красные образования величиной с мелкую горошину, впоследствии изъязвившиеся. Лечился мазью «Левомеколь» — без эффекта.

Около 4 лет назад на внутреннем листке крайней плоти была безболезненная эрозия, сопровождавшаяся безболезненным увеличением паховых лимфоузлов. К врачам не обращался, по совету приятеля в течение 1 недели принимал эритромицин по 0,25 г 2 раза в день. Эрозия вскоре зажила.

При осмотре: на передней поверхности правой голени группа изолированных друг от друга язвочек величиной с крупную горошину каждая, с ровными валикообразными краями синюшно-красного цвета. Субъективные ощущения отсутствуют.

- Каков ваш предположительный диагноз?
- Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- Консультацию каких специалистов необходимо получить для уточнения диагноза?
- С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
- Какова тактика лечения пациента?

#### **Ситуационная задача № 45.**

- На приеме у стоматолога мужчина, 60 лет, с жалобой на узловатые уплотнения языка. Болен 2 мес. После травмирования языка при установке зубного протеза и его правой половине образовалось уплотнение синюшно-багрового цвета величиной с небольшой грецкий орех. Лечился марганцовыми полосканиями — без эффекта. Злостный курильщик. Сифилис в анамнезе отрицает. 2 года назад перенес «тяжелую ангину».

При осмотре: в правой половине языка обнаружен узел с начинающимся распадом в центре. Узел безболезненный, четко очерчен, имеет плотноэластическую консистенцию. Подчелюстные лимфоузлы не увеличены. На задней стенке глотки звездчатый рубец. Микрореакция на сифилис и реакции связывания комплемента с кардиолипидным и трепомемными антигенами 3+.

- Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
- Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- Консультацию каких специалистов необходимо получить для уточнения диагноза?
- С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?

#### **Ситуационная задача № 46.**

- В клинику кожных и венерических болезней направлена больная, 33 лет, постоянно проживающая с родителями в деревне. Заболела 10 лет назад, когда постепенно развилась

гносавость и было замечено отверстие в твердом нёбе. Впоследствии появились безболезненные узлы, трансформировавшиеся в язвы на верхней губе, носу. В течение последующих 2 лет язвенный процесс привел к глубоким разрушениям носа, верхней челюсти. Родители — малокультурные люди — считали дочь «наказанной богом» и врачам больную не показывали.

При осмотре: кожа лица в области носа, верхней губы представлена звездчатыми рубцами. Хрящи носа лизированы, верхняя челюсть деформирована. Мягкое нёбо и язычок отсутствуют. Реакция микропреципитации 2+. Признаков врожденного сифилиса не обнаружено.

- Предположите и обоснуйте наиболее вероятный клинический диагноз.
- Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- Консультацию каких специалистов необходимо получить для уточнения диагноза?
- С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
- Каковы принципы терапии и прогноз для данной пациентки?

### **КОМПЛЕКТ ВОПРОСОВ ДЛЯ ЗАЧЕТА С ОЦЕНКОЙ**

1. Структура и функции кожи, ее роль в контакте с окружающей средой и в поддержании гомеостаза. Особенности строения и функции слизистой рта.
2. Структура и функции кожи и слизистой, их роль в контакте с окружающей средой и в поддержании гомеостаза. Клетки эпидермиса (эпителия).
3. Анатомия полости рта. Гистология слизистой полости рта. Физиологические функции полости рта.
4. Гистологические изменения в эпидермисе (эпителии) и дерме (подслизистой) пролиферативного и экссудативного характера. Каким первичным морфологическим элементам поражения кожи они соответствуют. Особенности их клинической картины при локализации на слизистой.
5. Первичные морфологические элементы поражения кожи и слизистой. Классификация. Клиника. Патоморфология.
6. Кератинизация в норме и патологии. Особенности обновления слизистой рта. Последовательность и порядок клинического обследования полости рта.
7. Первичные морфологические элементы поражения кожи и слизистой. Патоморфологические изменения в эпидермисе (эпителии) и дерме (подслизистой), лежащие в основе их образования.
8. Морфологические элементы поражения кожи и слизистой экссудативного характера. Патоморфологические изменения в эпидермисе (эпителии) и дерме (подслизистой), лежащие в основе их образования. При каких дерматозах встречаются эти элементы. Афтозный стоматит. Представления об этиологии. Клиника. Лечение.
9. Вторичные морфологические элементы поражения кожи. Каким первичным элементам они соответствуют.
10. Морфологические элементы поражения кожи и слизистой экссудативного характера,

- патоморфологические изменения в эпидермисе (эпителии) и дерме (подслизистой), лежащие в основе их образования. При каких дерматозах первичным элементом является пузырь.
11. Пролиферативные морфологические элементы поражения кожи и слизистой. Патоморфологические изменения в эпидермисе (эпителии) и дерме (подслизистой), лежащие в основе их образования. При каких заболеваниях первичным элементом будет бугорок.
  12. Пролиферативные морфологические элементы поражения кожи и слизистой. Патоморфологические изменения в эпидермисе (эпителии) и дерме (подслизистой), лежащие в основе их образования. При каких наиболее распространенных дерматозах наблюдаются папулезные элементы на коже и слизистой рта.
  13. Кератинизация в норме и патологии. Особенности строения и функционирования слизистой оболочки полости рта. Скорость ее обновления по сравнению с кожей.
  14. Общие принципы назначения наружного лечения при кожных заболеваниях. Классификация наружных средств по форме приготовления. Механизм действия в зависимости от формы. Лекарственные формы, применяемые при поражении слизистой оболочки рта.
  15. Этиология пиодермий. Классификация. Провоцирующие факторы. Стрептококковое импетиго. Причины возникновения. Клиника. Дифференциальный диагноз. Общие принципы лечения и профилактика
  16. Этиология пиодермий. Классификация. Поверхностные стрептодермии. Стрептококковый стоматит. Клиника, дифференциальный диагноз. Методы лечения и профилактика. Роль провоцирующих факторов экзогенного характера
  17. Стафилодермии. Классификация. Глубокие формы, острые и хронические. Роль провоцирующих факторов эндогенного характера. Гландулярный хейлит (простой и апостематозный – осложненный стафилококковой инфекцией) Клиника, дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
  18. Паразитарные заболевания кожи. Чесотка. Вшивость. Эпидемиология. Клиника. Лечение и профилактика.
  19. Паразитарные заболевания кожи. Чесотка. Вшивость. Эпидемиология. Клиника. Особенности течения у детей. Лечение и профилактика.
  20. Вирусные заболевания. Провоцирующие экзо- и эндогенные факторы. Простой пузырьковый лишай. Первичный и рецидивирующий. Классификация. Гингивостоматит. Клиника, лечение, дифференциальный диагноз.
  21. Вирусные заболевания пролиферативного характера. Остроконечные кондиломы на слизистой рта и языке. Дифференциальный диагноз с географическим и складчатым языком. Лечение и профилактика.
  22. Вирусные заболевания кожи. Опоясывающий лишай. Этиология. Эпидемиология. Клиника, проявления на слизистой рта, течение, прогноз. Лечение. Особенности течения у больного СПИДом.
  23. Вирусные заболевания кожи. Провоцирующие экзо- и эндогенные факторы. Контагиозный моллюск. Вульгарные бородавки. Остроконечные кондиломы. Клиника, лечение, дифференциальный диагноз.
  24. Классификация дерматомикозов. Микроспория гладкой кожи и волосистой части головы Эпидемиология. Классификация. Клиника, Дифференциальный диагноз. Лечение.

- Диспансеризация. Профилактика
25. Клиническая классификация дерматомикозов. Общие принципы лечения, диспансеризации и профилактики. Современные фунгицидные и фунгистатические фармакологические средства (системные и наружные).
  26. Клиническая классификация микозов. Дерматомикозы. Трихомикозы. Трихофития. Классификация. Поверхностная трихофития гладкой кожи и волосистой части головы.
  27. Кандидозы. Провоцирующие факторы. Классификация, клиника поражений кожи и слизистой оболочки. Лечение и профилактика.
  28. Туберкулез кожи. Классификация. Туберкулезная волчанка. Клиника. Дифференциальный диагноз. Течение, прогноз. Принципы лечения.
  29. Гландулярный хейлит. Клиника, дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
  30. Лейкоплакия слизистой рта. Клинические формы. Возможности образования. Волосатая лейкоплакия языка как проявление ВИЧ-инфекции.
  31. Хейлиты (контактные неаллергический и аллергический, эксфолиативный, ангулярный, хейлит облизывания). Дифференциальный диагноз. Общие принципы лечения и профилактики.
  32. Глосситы и аномалии развития языка.
  33. Акантолитическая пузырчатка. Современные представления об этиологии и патогенезе. Патоморфология. Классификация. Клиническая картина, течение, прогноз. Поражение слизистой. Дифференциальный диагноз с доброкачественным буллезным пемфигоидом слизистой рта. Общие принципы лечения и профилактики
  34. Неакантолитическая пузырчатка только полости рта. Клиника методы профилактики и лечения.
  35. Рубцующийся пемфигоид слизистых оболочек. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клиника. Дифференциальный диагноз с вульгарной пузырчаткой. Течение, прогноз. Принципы лечения.
  36. Тяжелые токсико-аллергические и токсические состояния с поражением кожи и слизистой (токсическая эритема, синдром Стивенса-Джонсона, болезнь Лайелла). Клиника, дифференциальный диагноз. Методы неотложной врачебной помощи.
  37. Вирусная пузырчатка полости рта и конечностей. Этиологии и патогенез. Клиника методы профилактики и лечения.
  38. Крапивница и отек Квинке. Этиология, патогенез. Клиника. Лечение и профилактика. Условия возможного обращения к стоматологам.
  39. Многоформная экссудативная эритема и синдром Стивенса-Джонсона. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Принципы неотложной помощи. Первичные морфологические элементы поражения кожи. Патоморфологические изменения в эпидермисе и дерме, лежащие в основе их образования.
  40. Дерматиты и стоматиты (простой контактный, контактно-аллергический и токсико-аллергический). Причины возникновения (экзо- и эндогенные факторы). Клиническая картина, дифференциальная диагностика. Принципы лечения и профилактики.
  41. Экзема. Современные представления об этиологии и патогенезе. Поражение губ при экземе. Методы лечения и профилактики.
  42. Атопический дерматит. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клиническая картина, течение, прогноз. Поражение губ при атопическом дерматите. Дифференциальный диагноз. Общие принципы лечения и профилактики.

43. Псориаз. Современные представления об этиологии. Патогенез. Патоморфология. Клиника вульгарного псориаза, возможное поражение слизистой рта. Общие принципы лечения.
44. Псориаз. Современные представления об этиологии. Патогенез. Патоморфология. Симптомы со стороны губ и слизистой оболочки рта. Общие принципы лечения.
45. Красный плоский лишай. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клиника. Особенности клинической картины типичной папулезной формы и течения при поражении слизистой рта. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
46. Красный плоский лишай. Классификация проявлений на слизистой рта. Клиника. Течение. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Лечение.
47. Диффузные болезни соединительной ткани. Красная волчанка. Этиология и патогенез. Классификация. Дискоидная красная волчанка. Клиника. Поражение красной каймы губ и слизистой рта. Дифференциальный диагноз. Течение. Прогноз. Лечение и профилактика.
48. Диффузные болезни соединительной ткани. Современные представления об этиологии и патогенезе. Системная красная волчанка (кардинальные признаки). Течение. Лечение. Прогноз.
49. Диффузные болезни соединительной ткани. Склеродермия. Классификация. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические формы, сочетание с синдромом Шегрена. Диагностика, течение, лечение.
50. Доброкачественные опухоли кожи и слизистой.
51. Базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки рта.
52. Сифилис. Классическое течение. Продолжительность периодов. Клиническая и серологическая характеристика. Возможное поражение слизистой во всех периодах.
53. Общая характеристика первичного периода сифилиса (сроки возникновения с момента заражения, продолжительность, клинические проявления, возможные проявления на слизистой полости рта). Лабораторные подтверждения диагноза.
54. Первичный сифилис. Атипичные сифиломы. Особенности клиники. Дифференциальный диагноз.
55. Осложнения первичных сифилом. Причины осложнений. Течение первичного периода сифилиса у больного со СПИДом и алкоголика.
56. Вторичный сифилис. Общая характеристика. Сифилиды этого периода на коже и слизистой. Дифференциальный диагноз.
57. Вторичный период сифилиса. Общая характеристика. Розеолезный сифилид. Разновидности. Специфическая ангина. Клиника, дифференциальный диагноз.
58. Общая характеристика вторичного периода сифилиса. Папулезные сифилиды. Разновидности. Сифилитическая ангина, глоссит, ларингит. Клиника. Дифференциальный диагноз.
59. Вторичный период сифилиса. Общая характеристика. Дифференциальный диагноз свежего и рецидивного сифилиса.
60. Вторичный период. Общая характеристика. Сифилитическая лейкодерма. Разновидности. Дифференциальный диагноз. Сочетание с другими проявлениями сифилиса.
61. Вторичный период сифилиса. Общая характеристика (сроки возникновения, продолжительность, периодичность и клинические варианты, серологические реакции и иммунитет). Сифилиды на слизистой оболочке.



62. Третичный сифилис. Общая характеристика. Бугорковый сифилид. Клинические разновидности. Дифференциальный диагноз.
63. Третичный сифилис. Гуммозный сифилид. Клинические разновидности. Возможные проявления во рту. Активным проявлениям какого врожденного сифилиса они соответствуют. Дифференциальный диагноз.
64. Этиология сифилиса. Условия и способы заражения. Возможные варианты течения. Передача потомству. Классификация врожденного сифилиса
65. Врожденный сифилис. Классификация. Ранний врожденный сифилис, период новорожденности. Папулезная инфильтрация Гохзингера. К какому вероятному признаку сифилиса она приводит в дальнейшем.
66. Врожденный сифилис. Классификация. Поздний врожденный сифилис, достоверные и вероятные признаки. Возможные обращения к стоматологу. Какому периоду классического течения сифилиса соответствуют активные проявления позднего врожденного сифилиса.
67. Классификация кожных проявлений ВИЧ-инфекции. Волосатая лейкоплакия языка, бактериальный ангиоматоз, эозинофильный фолликулит.
68. Проявления ВИЧ-инфекции на коже и слизистой. Классификация. Группа опухолевых заболеваний. Саркома Капоши.
69. Классификация кожных проявлений ВИЧ-инфекции. Группа инфекционных заболеваний. Особенности клиники и течения.
70. Проявления ВИЧ-инфекции на коже и слизистой. Острая лихорадочная фаза.



Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
**«Саратовский государственный медицинский  
университет имени В. И. Разумовского»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

## **КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ**

### **УТВЕРЖДАЮ**

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ А.Л.Бакулев  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

## **МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ**

**Дисциплина ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ**

**Специальность 31.05.03 СТОМАТОЛОГИЯ**

**Форма обучения ОЧНАЯ**

**Курс 4 Семестр 7**

**Составители:** зав.учебной частью, к.м.н., доцент М.Г.Еремина

Одобрены на заседании учебно-методической конференции кафедры  
протокол от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ .

## 1. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

### Практическое занятие № 1

**Тема.** Цель и задачи преподавания дерматовенерологии для врача-стоматолога. Анатомия, физиология кожи, слизистых оболочек полости рта. Первичные и вторичные морфологические элементы на коже и слизистых полости рта. Патогистология.

#### **Перечень рассматриваемых вопросов: (от 5 до 10)**

1. История развития дерматовенерологии
2. Школы дерматовенерологии
3. Саратовская школа дерматовенерологии
4. Анатомия, гистология, функции кожи
5. Патоморфологические процессы в коже
6. Современная классификация дерматозов

#### **Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы:**

1. История развития дерматологии.
2. Английская школа дерматовенерологии.
3. Немецкая школа дерматовенерологии.
4. Французская школа дерматовенерологии.
5. Отечественные школы дерматовенерологии.
6. Классификация кожных болезней.
7. Строение кожи.
8. Строение слизистых оболочек.
9. Строение эпидермиса.
10. Строение собственно кожи.
11. Строение гиподермы.
12. Придатки кожи.
13. Особенности строения детской кожи.

14. Иннервация кожи.

15. Функции кожи.

**Задание для самоподготовки к следующему занятию по теме** *(не требуется)*

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

- Чеботарев В. В. Дерматовенерология : учебник / В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

**Дополнительная литература:**

- Дерматовенерология: атлас / А. Н. Платонова, А. Л. Бакулев, С. Р. Утц. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017
- Дерматология и венерология : учеб. пособие / под ред. А. Л. Бакулева. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2015.
- Бакулев А. Л. Инфекции, передаваемые половым путем : учеб. пособие / А. Л. Бакулев, Н. А. Слесаренко, Е. В. Румянцева. - Изд. 3-е., доп. и перераб. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2014.

## **Практическое занятие № 2**

**Тема:** Азбука дерматовенерологии. Первичные и вторичные морфологические элементы на коже и слизистых полости рта. Патогистология.

**Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Элементы поражения кожи и слизистой полости рта.
2. Классификация элементов поражения кожи
3. Патоморфологические изменения пролиферативного характера, лежащие в основе морфологических элементов
4. Патоморфологические изменения экссудативного характера, лежащие в основе морфологических элементов
5. Принципы лечения больных дерматологического профиля системными и наружными препаратами

6. Классификация и формы наружных лекарственных средств.

**Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы:**

1. Патогистологические изменения эпидермиса и дермы пролиферативного характера.
2. Понятие – специфическая гранулема (примеры).
3. Патогистологические изменения эпидермиса и дермы экссудативного характера.
4. Принципы диагностики кожных и венерических заболеваний.
5. Принципы системной терапии больных дерматовенерологического профиля.
6. Принципы наружной терапии больных дерматовенерологического профиля.
7. Классификация наружных лекарственных средств.

**Задание для самоподготовки к следующему занятию по теме** *(не требуется)*

**Рекомендуемая литература.**

**Основная литература:**

- Чеботарев В. В. Дерматовенерология : учебник / В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

**Дополнительная литература:**

- Дерматовенерология: атлас / А. Н. Платонова, А. Л. Бакулев, С. Р. Утц. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017
- Дерматология и венерология : учеб. пособие / под ред. А. Л. Бакулева. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2015.
- Бакулев А. Л. Инфекции, передаваемые половым путем : учеб. пособие / А. Л. Бакулев, Н. А. Слесаренко, Е. В. Румянцева. - Изд. 3-е., доп. и перераб. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2014.

**Практическое занятие № 3**

**Тема:** Инфекционные заболевания кожи. Пиодермии, чесотка, вшивость, методики обработок. Микозы, классификация. Туберкулез кожи, классификация, туберкулезное поражение слизистых полости рта.

**Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Понятие об инфекционных и неинфекционных дерматозах.
2. Этиология пиодермий
3. Эпидемиология
4. Диагностика
5. Классификация пиодермий
6. Дифференциальный диагноз
7. Принципы лечения
8. Меры профилактики
9. Особенности течения у больного СПИДом, алкоголика, наркомана
10. Роль санитарного врача в профилактике пиодермий
11. Чесотка. Этиология, эпидемиология.
12. Лабораторная диагностика чесотки.
13. Классификация дерматозоонозов.
14. Клинические разновидности.
15. Дифференциальный диагноз.
16. Принципы лечения.
17. Меры профилактики
18. Особенности течения у больного СПИДом, алкоголика, наркомана, ребенка.
19. Педикулез. Этиология, эпидемиология.
20. Диагностика педикулеза.
21. Дифференциальный диагноз.
22. Принципы лечения.
23. Меры профилактики
24. Роль санитарного врача в профилактике дерматозоонозов.
25. Этиология микозов кожи и волосистой части головы.
26. Эпидемиология, предрасполагающие экзогенные и эндогенные факторы.

27. Диагностика микозов
28. Классификация.
29. Клинические разновидности, дифференциальный диагноз.
30. Принципы лечения микозов кожи и волосистой части головы
31. Меры профилактики
32. Особенности течения у больного СПИДом, алкоголика, наркомана.
33. Роль санитарного врача в профилактике микозов
34. Туберкулез кожи, лепра.
35. Этиология, эпидемиология, предрасполагающие экзогенные и эндогенные факторы,
36. лабораторная диагностика. Классификация.
37. Клинические разновидности, дифференциальный диагноз.
38. Принципы лечения, меры профилактики.
39. Особенности течения у больного СПИДом, алкоголика, наркомана. Роль санитарного врача в профилактике туберкулеза кожи, лепры.

**Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы:**

1. Какие микроорганизмы являются возбудителями пиодермий?
2. Какие экзогенные и эндогенные факторы способствуют развитию пиодермий?
3. Назовите клинические разновидности стафилодермии.
4. Какие первичные и вторичные морфологические элементы характерны для стафилодермии?
5. Какова клиническая картина эпидермической пузырьчатки?
6. Какие стафилодермии связаны с поражением волосяного фолликула?
7. Что способствует развитию стафилококкового сикоза?
8. Чем отличается фурункулез от множественных фурункулов?
9. Какие стафилодермии связаны с поражением потовых желез?
10. Чем отличается фурункул от гидраденита?

11. Чем отличается фурункул от карбункула?
12. Назовите клинические разновидности стрептодермий.
13. Какие первичные и вторичные морфологические элементы характерны для стрептодермий?
14. Назовите клинические разновидности стрептококкового импетиго.
15. Что способствует развитию стрептококковой эктимы?
16. Назовите атипичные формы стрепто-стафилодермий.
17. Какие общие методы лечения пиодермий?
18. Какие физиотерапевтические методы используются для лечения пиодермий?
19. Назовите возбудителя чесотки и пути заражения.
20. Какие первичные морфологические элементы характерны для этого заболевания?
21. Какая преимущественная локализация при чесотке?
22. Чем характеризуется чесотка «чистоплотных»?
23. Чем характеризуется постскабиозная лимфоплазия?
24. Особенности течения чесотки у детей?
25. Особенности течения чесотки у ВИЧ-инфицированных, алкоголиков, наркоманов?
26. Осложнения при чесотке?
27. Симптомы при чесотке? (Сезари, Арди, Михаэлиса)
28. Какие существуют методы лечения чесотки?
29. Какие основные профилактические мероприятия необходимо проводить при выявлении больного?
30. Назовите клинические разновидности педикулеза.
31. Назовите методы лечения и профилактики педикулеза.
32. Противоэпидемические мероприятия при диагностике чесотки Нормативная база.
33. Противоэпидемические мероприятия при диагностике педикулеза. Нормативная база.
34. Мероприятия в эпидемическом очаге чесотки:
35. Мероприятия в очаге педикулеза



36. Дайте характеристику возбудителям микозов.
37. Назовите источники заражения микозов.
38. Какие экзогенные и эндогенные факторы способствуют развитию микозов?
39. Какие заболевания кожи относятся к дерматомикозам?
40. Какие грибы вызывают дерматомикозы?
41. Назовите клинические разновидности трихофитии.
42. Чем отличается клиническая картина микроспории волосистой части головы от трихофитии волосистой части головы?
43. Дайте характеристику инфильтративно-нагноительной трихофитии.
44. Какие клинические разновидности фавуса?
45. Какие методы лечения трихофитии, микроспории и фавуса волосистой части головы?
46. Какие фунгистатические средства используются для наружного лечения трихофитии, микроспории и фавуса?
47. Чем отличается паховая эпидермофития от эритразмы?
48. Какие грибы являются возбудителями микозов стоп?
49. Назовите клинические формы микозов стоп.
50. Какие лекарственные средства назначаются при микозах стоп?
51. Какие методы профилактики микозов стоп.
52. Опишите клиническую картину микоза, обусловленного красным трихофитомом.
53. Какие причины способствуют развитию кандидоза?
54. Какие клинические разновидности кандидоза?
55. Какие методы и средства используются для общего и наружного лечения кандидоза?
56. Какие существуют методы профилактики кандидоза?
57. Какие лабораторные методы используются для диагностики микозов?
58. Противоэпидемические мероприятия при диагностике трихофитии, микроспории и фавуса.
59. Противоэпидемические мероприятия в очаге (на дому).
60. Противоэпидемические мероприятия в детском учреждении.

61. Актиномикоз. Этиология. Клинические разновидности.
62. Дифференциальный диагноз актиномикоза и туберкулеза кожи.
63. Какие разновидности микобактерий вызывают туберкулез кожи?
64. Чем обусловлено разнообразие клинических форм туберкулеза кожи?
65. Какие источники заражения?
66. Назовите экзо- и эндогенные факторы, которые способствуют развитию туберкулеза кожи.
67. Назовите клинические разновидности локализованного туберкулеза кожи.
68. Какие особенности первичного морфологического элемента при туберкулезной волчанке?
69. Какие клинические разновидности туберкулезной волчанки?
70. Перечислите наиболее частые осложнения туберкулезной волчанки.
71. Чем обусловлена своеобразная локализация колликувативного туберкулеза кожи?
72. Дайте характеристику первичных и вторичных морфологических элементов при колликувативном туберкулезе кожи.
73. Какие пути заражения бородавчатого туберкулеза кожи и какая преимущественная локализация поражений?
74. Дайте характеристику клинической картины язвенного туберкулеза кожи и слизистых.
75. Назовите клинические разновидности диссеминированного туберкулеза кожи.
76. Какова динамика первичного морфологического элемента при папуло-некротическом туберкулезе кожи.
77. Назовите первичный морфологический элемент и его преимущественную локализацию при индуративной эритеме Базена.
78. Какие методы и средства общего лечения туберкулеза кожи?
79. Назовите противотуберкулезные препараты 1-го и 2-го ряда.
80. Какие методы профилактики туберкулеза кожи?

**Задание для самоподготовки к следующему занятию по теме** *(не требуется)*

**Рекомендуемая литература:**

### **Основная литература:**

- Чеботарев В. В. Дерматовенерология : учебник / В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

### **Дополнительная литература:**

- Дерматовенерология: атлас / А. Н. Платонова, А. Л. Бакулев, С. Р. Утц. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017
- Дерматология и венерология : учеб. пособие / под ред. А. Л. Бакулева. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2015.
- Бакулев А. Л. Инфекции, передаваемые половым путем : учеб. пособие / А. Л. Бакулев, Н. А. Слесаренко, Е. В. Румянцева. - Изд. 3-е., доп. и перераб. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2014.

### **Практическое занятие № 4**

**Тема:** Неинфекционные заболевания кожи и слизистых оболочек полости рта. Красный плоский лишай (разнообразные формы поражения на слизистой полости рта), псориаз, красная волчанка, склеродермия.

#### **Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Современные представления об этиологии и патогенезе этих папулезных дерматозов.
2. Эпидемиология. Патогистология папулезных дерматозов.
3. Псориаз.
4. Клинические формы, дифференциальный диагноз.
5. Современные методы лечения.
6. Красный плоский лишай.
7. Клинические формы, дифференциальный диагноз.
8. Современные методы лечения.
9. Современные представления об этиологии и патогенезе диффузных заболеваний соединительной ткани
10. Классификация.
11. Клиническая и лабораторная диагностика
12. Клинические формы. Фазы процесса.

13. Дифференциальный диагноз, тактика ведения больных.

**Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.**

1. Дайте клиническую характеристику ПМЭ при псориазе.
2. Какие существуют теории происхождения псориаза?
3. Перечислите клинические формы псориаза.
4. Что представляет собой феномен псориазической триады? Опишите методику его выявления.
5. Опишите эксудативный псориаз. Чем он отличается от вульгарной формы?
6. Назовите основные гистопатологические изменения при псориазе.
7. Что такое – псевдоатрофический венчик Воронова?
8. Опишите гиперкератотический псориаз, чем он отличается от вульгарной формы?
9. Дайте клиническую характеристику артропатическому псориазу.
10. Перечислите основные клиничко - диагностические критерии, позволяющие различать артралгическую, синовиальную, синовиально-костную формы псориазического артрита.
11. Что включает лечение вульгарной и эксудативной форм псориаза?
12. Что такое изоморфная реакция Кебнера?
13. Что такое симптом масляного пятна?
14. Как определяется симптом Грюнхен?
15. Системное и наружное лечение больных псориазом в стадию прогрессирования.
16. Системное и наружное лечение больных псориазом в стадию стабилизации.
17. Что такое псориазическая псевдолейкодерма?
18. Каким образом дифференцируют КПЛ и псориаз?
19. Опишите основной элемент сыпи при КПЛ.
20. Перечислите клинические формы КПЛ.
21. В чем отличие пигментной формы КПЛ?
22. В чем отличие веррукозной формы КПЛ?

23. В чем отличие аннулярной и атрофической форм КПЛ?
24. В чем заключается теория нейропептидов Фарбера?
25. Что представляет собой псориатическая эритродермия? Какие факторы провоцируют ее возникновение?
26. Какие изменения ногтевых пластин наблюдаются при псориазе?
27. Что такое сетка Уикхема? За счет чего она образуется?
28. Проведите дифференциальный диагноз псориаза и вторичного папулезного сифилиса.
29. Тактика ведения больного с КПЛ.
30. Перечислите этиологические и патогенетические факторы, влияющие на развитие красной волчанки.
31. Дайте классификацию красной волчанки.
32. Охарактеризуйте фазы развития процесса при эритематозе.
33. Дайте клиническую характеристику дискоидной формы красной волчанки.
34. Что такое симптом «дамского каблучка», о каком патогистологическом изменении он свидетельствует?
35. как вызывается симптом Бенье-мещерского?
36. В чем отличие дискоидной и диссеминированной форм красной волчанки.
37. Дайте характеристику центробежной эритемы Биетта.
38. Дайте характеристику глубокой узловой формы Ирганга-Капоши.
39. Перечислите основные клинико-лабораторные критерии, необходимые для постановки диагноза – системная красная волчанка.
40. Проведите дифференциальный диагноз между эритематозом и вульгарной волчанкой.
41. Перечислите лекарственные препараты, которые используются при лечении эритематоза – системные и наружные.
42. Дайте классификацию склеродермии.
43. Охарактеризуйте фазы развития процесса при склеродермии.
44. Дайте клиническую характеристику бляшечной форме склеродермии.
45. Дайте клиническую характеристику линейной форме склеродермии.

46. Дайте клиническую характеристику идиопатической форме Пазини – Пьерини.
47. Дайте клиническую характеристику склероатрофическому лишениу Цумбуша
48. Дайте клиническую характеристику гемиатрофии лица Ромберга
49. Дайте клиническую характеристику акросклеротической форме склеродермии.
50. Дайте клиническую характеристику диффузной склеродермии
51. Дайте клиническую характеристику системной склеродермии
52. В чем отличие диффузной и системной форм склеродермии.
53. Дайте алгоритм лабораторного обследования больного со склеродермией.
54. Перечислите лекарственные препараты, которые используются для лечения склеродермии (по фазам).

**Задание для самоподготовки к следующему занятию по теме** *( не требуется)*

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

- Чеботарев В. В. Дерматовенерология : учебник / В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

**Дополнительная литература:**

- Дерматовенерология: атлас / А. Н. Платонова, А. Л. Бакулев, С. Р. Утц. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017
- Дерматология и венерология : учеб. пособие / под ред. А. Л. Бакулева. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2015.
- Бакулев А. Л. Инфекции, передаваемые половым путем : учеб. пособие / А. Л. Бакулев, Н. А. Слесаренко, Е. В. Румянцева. - Изд. 3-е., доп. и перераб. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2014.

**Практическое занятие № 5**

**Тема:** Пузырные дерматозы с поражением полости рта. Вульгарная пузырчатка, синдром Бехчета, неакантолитическая пузырчатка только полости рта.

**Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Буллезные дерматозы. Классификация.

2. Клинические проявления вульгарной пузырчатки.
3. Неакантолитическая пузырчатка только полости рта.
4. Синдром Бехчета
5. Алгоритм действий врача-стоматолога

**Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.**

1. Акантолитическая пузырчатка. Современные представления об этиологии и патогенезе. Патоморфология.
2. Классификация. Клиническая картина, течение, прогноз.
3. Поражение слизистой.
4. Дифференциальный диагноз с доброкачественным буллезным пемфигоидом слизистой рта. Общие принципы лечения и профилактики
5. Неакантолитическая пузырчатка только полости рта.
6. Клиника методы профилактики и лечения.
7. Рубцующийся пемфигоид слизистых оболочек. Современные представления об этиологии и патогенезе.
8. Клиника. Дифференциальный диагноз с вульгарной пузырчаткой.
9. Течение, прогноз. Принципы лечения.
10. Вирусная пузырчатка полости рта и конечностей. Этиологии и патогенез.
11. Клиника методы профилактики и лечения.

**Задание для самоподготовки к следующему занятию по теме** *(не требуется)*

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

- Чеботарев В. В. Дерматовенерология : учебник / В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

**Дополнительная литература:**

- Дерматовенерология: атлас / А. Н. Платонова, А. Л. Бакулев, С. Р. Утц. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017
- Дерматология и венерология : учеб. пособие / под ред. А. Л. Бакулева. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2015.
- Бакулев А. Л. Инфекции, передаваемые половым путем : учеб. пособие / А. Л. Бакулев, Н. А. Слесаренко, Е. В. Румянцева. - Изд. 3-е., доп. и перераб. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2014.

### Практическое занятие № 6

**Тема:** Аллергические, токсико-аллергические, инфекционно-аллергические заболевания, состояния и синдромы с преимущественным поражением кожи и слизистой оболочки (простое контактное, контактно-аллергическое, токсикоаллергическое поражение слизистой полости рта, многоморфная экссудативная эритема, токсическая эритема, синдром Стивенса-Джонсона, болезнь Лайела.

#### Перечень рассматриваемых вопросов:

1. Понятие о аллергодерматозах. Роль кожи в иммунитете. Патогистология.
2. Простой контактный дерматит. Причины, механизмы развития, клиника, дифференциальный диагноз.
3. Аллергический дерматит. Причины, механизмы развития, клиника, дифференциальный диагноз.
4. Токсико-аллергический дерматит. Причины, механизмы развития, клиника, дифференциальный диагноз.
5. Экзема. Причины, механизмы развития, клиника, дифференциальный диагноз.
6. Профдерматозы. Причины, механизмы развития, клиника, дифференциальный диагноз.
7. Принципы лечения и профилактики на современном этапе развития медицины. Роль экологии в развитии аллергодерматозов.
8. Атопический дерматит. Определение, современная классификация, факторы, способствующие развитию атопического дерматита.
9. Этиология, патогенез.
10. Клиническая картина для каждого возрастного периода атопического дерматита.



11. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика атопического дерматита.
12. Многоморфная экссудативная эритема,
13. Токсическая эритема,
14. Синдром Стивенса-Джонсона,
15. Болезнь Лайелла.

**Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.**

1. Дайте определение простому контактному дерматиту.
2. Перечислите факторы, вызывающие простой контактный дерматит.
3. От чего зависит выраженность клинической симптоматики при простом контактном дерматите?
4. Дайте клиническую характеристику простого контактного дерматита.
5. Контактный аллергический дерматит, в чем основное различие от простого контактного дерматита?
6. Назовите факторы, вызывающие контактно-аллергический дерматит.
7. Дайте клиническую характеристику контактно-аллергического дерматита.
8. Перечислите клинические признаки синдрома Лайелла
9. Дайте определение понятия «токсико-аллергический дерматит».
10. Приведите классификацию простых контактных дерматитов в зависимости от вызывающих их причин.
11. Дайте определение понятия «контактно-аллергический дерматит».
12. Назовите средства, часто применяемые для наружного лечения, способные вызывать простой дерматит.
13. Назовите отличия синдрома Лайелла от синдрома Стивенса - Джонсона
14. Каким образом у больного аллергическим дерматитом можно установить причину заболевания?
15. Перечислите наиболее частые физические причины простых контактных дерматитов
16. Назовите клинические признаки контактно – аллергического дерматита.

17. Назовите возможные химические причины простых контактных дерматитов.
18. Назовите основные отличия контактно – аллергических и простых контактных дерматитов.
19. Перечислите биологические факторы, которые могут вызвать простой контактный дерматит.
20. Назовите медикаменты, которые могут вызывать профессиональные аллергические дерматиты у медицинских работников.
21. Перечислите показания к назначению системных глюкокортикостероидов при токсико-аллергическом дерматите.
22. Назовите клинические признаки общие для простых контактных и контактно-аллергических дерматитов.
23. Перечислите механические факторы, которые могут вызвать простой контактный дерматит.
24. Перечислите основные клинические проявления I фазы атопического дерматита.
25. Назовите основные клинические признаки экземы.
26. Перечислите возрастные фазы атопического дерматита.
27. Какие мероприятия должны быть направлены на предупреждение возникновения атопического дерматита у угрожаемого контингента?
28. Какие варианты течения атопического дерматита можно выделить?
29. Что является определяющим при назначении медикаментозной терапии больным атопическим дерматитом?
30. Какие формы и средства используются в наружной терапии больных атопическим дерматитом при наличии островоспалительной реакции с мокнутием?
31. Перечислите основные клинические проявления II фазы атопического дерматита.
32. Какие лекарственные средства используются для профилактики сезонных обострений атопического дерматита?
33. Перечислите основные клинические проявления III фазы атопического дерматита.
34. Перечислите клинические разновидности экземы.
35. Перечислите основные диагностические критерии атопического дерматита.

36. Что понимается под «атопическим лицом»?
37. Какой патологический механизм лежит в основе формирования пузырька при экземе?
38. Какие формы и средства используются в наружной терапии больных экземой.
39. Перечислите основные инфекционные осложнения атопического дерматита.
40. В чем заключается наружная терапия больных атопическим дерматитом в фазу ремиссии?
41. Какие методы используются для выявления аллергенов у больных атопическим дерматитом?
42. Перечислите факторы, вызывающие токсико-аллергический дерматит, пути проникновения аллергена в организм больного.
43. Дайте клиническую характеристику токсико-аллергического дерматита.
44. В чем основные различия между простым контактным, контактно-аллергическим и токсико-аллергическим дерматитами?
45. Определите тактику ведения больных с дерматитами.
46. Перечислите основные этиологические и патогенетические факторы, влияющие на развитие экзематозного процесса.
47. Нарисуйте схему развития экзематозного процесс – треугольник Крейбиха.
48. Дайте классификацию экзем.
49. Что является основным фактором в развитии истинной экземы?
50. Дайте клиническую характеристику истинной экземы.
51. Что является основным фактором в развитии микробной экземы?
52. Дайте клиническую характеристику микробной экземы.
53. Что является основным фактором в развитии микотической экземы?
54. Дайте клиническую характеристику микотической экземы.
55. Перечислите основные клиничко – диагностические критерии себорейной экземы, проведите дифференциальную диагностику с псориазом.
56. Профессиональная экзема, факторы, вызывающие ее, клиника, профилактика.
57. Назовите основные патогенетические факторы, влияющие на развитие атопического дерматита.

58. Дайте клиническую характеристику каждого возрастного периода атопического дерматита.
59. Системная и наружная терапия атопического дерматита.
60. Профилактика атопического дерматита.

**Задание для самоподготовки к следующему занятию по теме** *(не требуется)*

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

- Чеботарев В. В. Дерматовенерология : учебник / В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

**Дополнительная литература:**

- Дерматовенерология: атлас / А. Н. Платонова, А. Л. Бакулев, С. Р. Утц. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017
- Дерматология и венерология : учеб. пособие / под ред. А. Л. Бакулева. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2015.
- Бакулев А. Л. Инфекции, передаваемые половым путем : учеб. пособие / А. Л. Бакулев, Н. А. Слесаренко, Е. В. Румянцева. - Изд. 3-е., доп. и перераб. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2014.

**Практическое занятие № 7**

**Тема:** Хейлиты. Классификация. Этиология, патогенез, клинические проявления.

Дифференциальный диагноз. Современные методы лечения. Профилактика.

Глоситы. Классификация. Этиология, патогенез, клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Современные методы лечения. Профилактика.

**Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Хейлиты. Классификация
2. Этиология, патогенез, клинические проявления
3. Дифференциальный диагноз.
4. Современные методы лечения.
5. Профилактика.

6. Глоситы. Классификация.
7. Этиология, патогенез.
8. Клинические проявления.
9. Дифференциальный диагноз.
10. Современные методы лечения. Профилактика.

**Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.**

1. Гландулярный хейлит. Клиника, дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
2. Хейлиты (контактные неаллергический и аллергический, эксфолиативный, ангулярный, хейлит облизывания). Дифференциальный диагноз. Общие принципы лечения и профилактики.
3. Глоситы и аномалии развития языка.

**Задание для самоподготовки к следующему занятию по теме** *(не требуется)*

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

- Чеботарев В. В. Дерматовенерология : учебник / В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

**Дополнительная литература:**

- Дерматовенерология: атлас / А. Н. Платонова, А. Л. Бакулев, С. Р. Утц. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017
- Дерматология и венерология : учеб. пособие / под ред. А. Л. Бакулева. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2015.
- Бакулев А. Л. Инфекции, передаваемые половым путем : учеб. пособие / А. Л. Бакулев, Н. А. Слесаренко, Е. В. Румянцева. - Изд. 3-е., доп. и перераб. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2014.

**Практическое занятие № 8**

**Тема:** Новообразования слизистой полости рта, красной каймы и слизистой губ. Этиология, патогенез, предрасполагающие факторы развития новообразований слизистой полости рта, красной каймы и слизистой губ. Принципы диагностики, лечения, профилактики, прогноз.

**Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Новообразования слизистой полости рта, красной каймы и слизистой губ.
2. Этиология, патогенез, предрасполагающие факторы развития новообразований слизистой полости рта, красной каймы и слизистой губ.
3. Принципы диагностики, лечения, профилактики, прогноз.

**Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.**

1. Доброкачественные опухоли кожи и слизистой.
2. Базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки рта.

**Задание для самоподготовки к следующему занятию по теме** *(не требуется)*

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

- Чеботарев В. В. Дерматовенерология : учебник / В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

**Дополнительная литература:**

- Дерматовенерология: атлас / А. Н. Платонова, А. Л. Бакулев, С. Р. Утц. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017
- Дерматология и венерология : учеб. пособие / под ред. А. Л. Бакулева. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2015.
- Бакулев А. Л. Инфекции, передаваемые половым путем : учеб. пособие / А. Л. Бакулев, Н. А. Слесаренко, Е. В. Румянцева. - Изд. 3-е., доп. и перераб. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2014.

**Практическое занятие № 9**

**Тема:** Сифилис. Этиология. Эпидемиология, этиология. Варианты течения. Актуальность знания проблемы для врача-стоматолога. Пути инфицирования. Пути передачи. Первичный период. Атипичные твердые шанкры, осложнения, дифференциальная диагностика, принципы ведения больных, диспансеризация.

**Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Этиология. Эпидемиология сифилиса.
2. Патогенез.

3. Варианты течения.
4. Классическое течение сифилиса.
5. Инкубационный период.
6. Клиническая и лабораторная диагностика.
7. Первичный сифилис.
8. Клинические проявления.
9. Дифференциальная диагностика.
10. Принципы терапии, диспансеризации.

**Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.**

1. Дайте характеристику возбудителю сифилиса (*Treponema pallidum*).
2. Перечислите виды движений, характерные для бледной трепонемы.
3. Как и откуда производится забор материала и микроскопия для выявления *Treponema pallidum*.
4. Перечислите пути передачи сифилитической инфекции.
5. Перечислите условия, необходимые для возникновения сифилитической инфекции.
6. Перечислите варианты течения сифилитической инфекции.
7. Что понимают под инкубационным периодом при сифилисе, в каких случаях возможно удлинение либо, укорочение этого периода.
8. Первичный период сифилиса, течение.
9. Каков механизм появления эрозивного или язвенного твердого шанкра?
10. Дайте клиническую характеристику твердого шанкра, перечислите варианты.
11. В чем клинические отличия эрозивного и язвенного твердого шанкра?
12. Что такое «целующийся твердый шанкр»?
13. Что такое регионарный лимфангит?
14. Дайте классификацию регионарного лимфаденита.
15. Дайте клиническую характеристику регионарного лимфаденита.

16. Назовите и охарактеризуйте атипичные твердые шанкры.
17. Дайте клиническую характеристику индуративного отека, проведите дифференциальную диагностику.
18. Дайте клиническую характеристику шанкра –амигдалита, проведите дифференциальную диагностику.
19. Дайте клиническую характеристику шанкра-панариция, проведите дифференциальную диагностику.
20. Какой из вариантов твердого шанкра сопровождается болезненностью?
21. Перечислите возможные осложнения твердого шанкра.
22. Дайте клиническую характеристику фимоза.
23. Дайте клиническую характеристику парафимоза
24. Дайте клиническую характеристику вульвита.
25. Дайте клиническую характеристику вульвовагинита.
26. Дайте клиническую характеристику баланопостита.
27. Что такое – гангренизация твердого шанкра?
28. Что такое – фагеденизация твердого шанкра?
29. С какими заболеваниями следует дифференцировать первичный период сифилиса?
30. Когда в первичном периоде появляются признаки полиаденита?
31. Каковы признаки генерализации сифилитической инфекции, возникающей в конце первичного периода?

**Задание для самоподготовки к следующему занятию по теме** *(не требуется)*

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

- Чеботарев В. В. Дерматовенерология : учебник / В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

**Дополнительная литература:**



- Дерматовенерология: атлас / А. Н. Платонова, А. Л. Бакулев, С. Р. Утц. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017
- Дерматология и венерология : учеб. пособие / под ред. А. Л. Бакулева. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2015.
- Бакулев А. Л. Инфекции, передаваемые половым путем : учеб. пособие / А. Л. Бакулев, Н. А. Слесаренко, Е. В. Румянцева. - Изд. 3-е., доп. и перераб. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2014.

### **Практическое занятие № 10**

**Тема:** Вторичный период сифилиса. Характеристика сифилидов вторичного периода. Проявления на слизистых оболочках полости рта. Проявления СПИДа на коже и слизистых.

#### **Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Характеристика вторичного периода
2. Клинические проявления.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Принципы терапии, диспансеризации.
5. Проявления СПИДа на коже и слизистых.

#### **Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.**

1. Дайте характеристику вторичного периода сифилиса.
2. Какой срок проходит с момента заражения до начала вторичного свежего периода сифилиса?
3. Какой срок проходит с момента заражения до начала вторичного рецидивного периода сифилиса?
4. Каковы признаки генерализации сифилитической инфекции, возникающей в конце первичного периода, перед началом вторичного?
5. Что такое реакция обострения Лукашевича-Герксгеймера-Яриша,
6. Дайте характеристику вторичного свежего сифилиса.
7. Какие проявления вторичного периода сифилиса считаются наиболее инфекционно-опасными?
8. Розеолезный сифилид, классификация, клиника, дифференциальный диагноз.
9. В чем отличие уртикарной розеолы?
10. В чем отличие между уртикарной и возвышенной розеолой?
11. Какими субъективными ощущениями сопровождается появление сливной розеолы?
12. В чем отличие розеолезных элементов свежего и рецидивного периодов вторичного сифилиса?
13. Папулезный сифилид, классификация, клиника, дифференциальный диагноз.
14. В какой период вторичного сифилиса - свежем или рецидивном папулезные элементы имеют склонность к группировке?
15. Проведите дифференциальный диагноз между псориазиформным сифилидом и псориазом.

16. Проведите дифференциальный диагноз между себорейным сифилидом и себорейной экземой.
17. Проведите дифференциальный диагноз между гипертрофированными папулами вторичного периода сифилиса (широкими кондиломами) и остроконечными кондиломами.
18. Пустулезный сифилид, классификация, клиника, дифференциальный диагноз.
19. Проведите дифференциальный диагноз между акнеформным сифилидом и акне.
20. Проведите дифференциальный диагноз между импетигиозным сифилидом и вульгарным импетиго.
21. Чем отличается сифилитическая эктима от сифилитической рупии?
22. Каковы особенности течения вторичного периода сифилиса у ВИЧ-инфицированного больного?
23. Что такое истинный сифилитический полиморфизм?
24. Дайте характеристику сифилитической лейкодермы, опишите клинические варианты.
25. На поражение каких органов или систем указывает распространенная лейкодерма?
26. Дайте классификацию сифилитической алопеции.
27. Каков механизм появления сифилитической алопеции?
28. Дайте клиническую характеристику мелкоочаговой сифилитической алопеции.
29. Дайте клиническую характеристику диффузной форме сифилитической алопеции.
30. Дайте клиническую характеристику смешанной форме сифилитической алопеции.
31. Проведите дифференциальный диагноз между мелкоочаговой формой сифилитической алопеции и микроспорией волосистой части головы.
32. Что такое симптом Пинкуса?
33. Поражение каких висцеральных органов и систем возможно уже во вторичном периоде сифилиса?
34. В чем проявляется изоморфная реакция во вторичном периоде сифилиса?
35. Лейкоплакия слизистой рта. Клинические формы. Возможности образования.
36. Волосатая лейкоплакия языка как проявление ВИЧ-инфекции.
37. Классификация кожных проявлений ВИЧ-инфекции. Волосатая лейкоплакия языка, бактериальный ангиоматоз, эозинофильный фолликулит.
38. Проявления ВИЧ-инфекции на коже и слизистой. Классификация. Группа опухолевых заболеваний. Саркома Капоши.
39. Классификация кожных проявлений ВИЧ-инфекции. Группа инфекционных заболеваний. Особенности клиники и течения.
40. Проявления ВИЧ-инфекции на коже и слизистой. Острая лихорадочная фаза.

**Задание для самоподготовки к следующему занятию по теме (не требуется)**

**Рекомендуемая литература:**

### **Основная литература:**

- Чеботарев В. В. Дерматовенерология : учебник / В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

### **Дополнительная литература:**

- Дерматовенерология: атлас / А. Н. Платонова, А. Л. Бакулев, С. Р. Утц. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017
- Дерматология и венерология : учеб. пособие / под ред. А. Л. Бакулева. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2015.
- Бакулев А. Л. Инфекции, передаваемые половым путем : учеб. пособие / А. Л. Бакулев, Н. А. Слесаренко, Е. В. Румянцева. - Изд. 3-е., доп. и перераб. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2014.

### **Практическое занятие № 11**

**Тема:** Третичный и врожденный сифилис. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения и диспансеризации.

#### **Перечень рассматриваемых вопросов:**

1. Третичный период сифилиса.
2. Клинические проявления.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Принципы терапии, диспансеризации.
5. Врожденный период сифилиса.
6. Клинические проявления раннего врожденного сифилиса.
7. Клинические проявления позднего врожденного сифилиса.
8. Зубы Гетчинсона
9. Дифференциальная диагностика.
10. Принципы терапии, диспансеризации.

#### **Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.**

1. Через какой период времени после заражения могут возникнуть проявления третичного периода сифилиса?
2. Перечислите особенности, характерные для третичного периода сифилиса.
3. Перечислите сифилиды (по морфологическим элементам), которые встречаются в третичном периоде сифилиса.
4. Что такое третичная розеола Фурнье?
5. Дайте клиническую характеристику бугоркового сифилида .
6. Перечислите и охарактеризуйте разновидности бугоркового сифилида.
7. Назовите преимущественную локализацию бугоркового сифилида.
8. Чем сгруппированный бугорковый сифилид отличается от серпигинирующей формы?
9. Как называется рубец, который остается при разрешении серпигинирующего бугоркового сифилида?
10. Что такое бугорковый сифилид площадкой?
11. Проведите дифференциальный диагноз между бугорковым сифилидом и туберкулезом кожи.
12. Проведите дифференциальный диагноз между бугорковым сифилидом и лепрой.
13. Каким морфологическим элементом является гумма?
14. Опишите эволюцию гуммы.
15. Что такое солитарная гумма?
16. Что такое гумма-лепешка?
17. Охарактеризуйте диффузную гуммозную инфильтрацию языка.
18. Проведите дифференциальный диагноз гуммы с колликативным туберкулезом кожи.
19. Проведите дифференциальный диагноз гуммы с индуративной эритемой Базена.
20. Назовите излюбленные локализации гумм.
21. Как классифицируется врожденный сифилис?
22. Перечислите проявления грудничкового периода?
23. Дайте клиническую характеристику сифилитической пузырчатке.
24. Какой морфологический элемент при сифилитической пузырчатке, в чем его особенности?
25. Где локализуются высыпания при сифилитической пузырчатке?
26. Определяется ли положительный симптом Никольского при сифилитической пузырчатке, если нет – за счет чего?
27. С какими заболеваниями следует дифференцировать сифилитическую пузырчатку?
28. Дайте клиническую характеристику диффузной инфильтрации Гохзингера, какова излюбленная локализация?
29. После чего возникают рубцы Фурнье-Робенсона?
30. Опишите клинические признаки сифилитического ринита Корризо.
31. Назовите клинко-рентгенологические признаки псевдопареза Парро.
32. Какому периоду вторичного сифилиса соответствуют высыпания грудничкового периода раннего врожденного сифилиса?
33. Каковы проявления раннего врожденного сифилиса: кожная симптоматика, висцеральная патология?

34. Перечислите достоверные и вероятные признаки позднего врожденного сифилиса.
35. Что такое триада Гетчинсона?
36. Опишите возможные изменения зубов при позднем врожденном сифилисе.
37. Что такое диастема Гоше?
38. Дайте клиническую характеристику сифилитическому кератиту, какие жалобы предъявляют больные?
39. Дайте клиническую характеристику сифилитическому лабиринтиту, какие жалобы предъявляют больные?
40. Дайте клинико-рентгенологическую характеристику саблевидной голени.
41. Перечислите сифилитические стигмы.
42. При наличии скольких признаков (достоверных и вероятных) можно выставить диагноз позднего врожденного сифилиса?

**Задание для самоподготовки к следующему занятию по теме (не требуется)**

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература:**

- Чеботарев В. В. Дерматовенерология : учебник / В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

**Дополнительная литература:**

- Дерматовенерология: атлас / А. Н. Платонова, А. Л. Бакулев, С. Р. Утц. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017
- Дерматология и венерология : учеб. пособие / под ред. А. Л. Бакулева. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2015.
- Бакулев А. Л. Инфекции, передаваемые половым путем : учеб. пособие / А. Л. Бакулев, Н. А. Слесаренко, Е. В. Румянцева. - Изд. 3-е., доп. и перераб. - Саратов : Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2014.

## **2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ**

Самостоятельная работа студентов на дерматовенерологии и косметологии рассматривается как организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся или деятельность студентов по освоению знаний и умений учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа студентов в соответствии с государственными образовательными стандартами должна составлять не менее 60% времени (очная форма обучения), предусмотренного для выполнения основной образовательной программы с учётом рекомендаций Министерства образования Российской Федерации по количеству часов аудиторных занятий в неделю.

Основные цели самостоятельной работы студентов (СРС) – освоение в полном объёме образовательной программы по дисциплине «Дерматовенерология» и последовательная выработка навыков эффективной самостоятельной профессиональной деятельности, с учетом полученных на кафедре знаний.

Самостоятельная работа студентов при прохождении цикла по дисциплине «Дерматовенерология» включает в себя:

- подготовку к практическим занятиям и выполнение соответствующих заданий по теме занятия;
- самостоятельную работу над отдельными темами дисциплины «Дерматовенерология» в соответствии с учебно-тематическими планами;
- выполнение тестовых заданий;
- подготовку к промежуточному контролю знаний;
- работу в студенческих научных обществах, кружках, семинарах и т.п.;
- участие в научных и научно-практических конференциях по практической дерматовенерологии;

Самостоятельная работа, не предусмотренная образовательной программой по «Дерматовенерологии», учебным планом и учебно-методическими материалами, раскрывающими и конкретизирующими их содержание, осуществляется студентами инициативно, с целью реализации собственных учебных и научных интересов.

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБСЛЕДОВАНИЮ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

### Осмотр пациента

Кожа — многофункциональный орган, роль которого трудно переоценить. Кожа обеспечивает контакт организма с внешней средой и поддерживает его гомеостаз. Поэтому оценка состояния кожного покрова, его морфологических и функциональных изменений чрезвычайно важна для диагностики любого заболевания, включая кожное.

Методы этой оценки различны. Их можно разделить на клинические, инструментальные и лабораторные (функциональные, гистологические, биохимические и т. д.).

В клинические методы обследования входит осмотр больного, сбор анамнеза. Написание истории болезни включает как клинические, так и инструментальные и лабораторные методы. Кроме того, в истории болезни проводится дифференциальный диагноз, планируется и назначается лечение, пишутся дневники ежедневного состояния больного, современные представления об этиологии и патогенезе данного заболевания.

После оформления паспортной части отмечают жалобы больного, ставя на первое место субъективные признаки и объективные изменения кожи, ее придатков, слизистых.

Перед сбором анамнеза лучше всего осмотреть больного, чтобы в описании истории развития заболевания не отмечать заведомо неверное название элементов поражения кожи, так как почти все больные любые изменения кожи называют пятнами. С другой стороны, в этом разделе истории болезни не следует пользоваться сложной медицинской терминологией (фликтены, лихенификация и т. д.), лучше написать, что это — очаги или высыпания, указав их размеры, цвет, мокнутие и другие видимые и понятные для больного изменения.

Кроме того, при осмотре можно заранее оценить, хронический ли это патологический процесс или острый, и целенаправленно вести беседу с больным, потому что многие считают началом болезни время очередного обострения,

опуская подобные изменения кожи в прошлом. Осмотрев больного и составив для себя представление о характере и элементах поражения кожи, приступают к сбору анамнеза.

#### **Анамнез заболевания**

В этом разделе важно уяснить продолжительность заболевания, возможную его причину (если больной начало болезни не связывает с каким-либо предшествующим фактором, то об этом делается соответствующая отметка, например: «Начало заболевания ни с чем связать не может»). Отмечают возраст, в котором впервые появились признаки болезни, время года, есть ли в семье больного родственники с этим заболеванием (многие заболевания кожи в патогенезе имеют семейно-генетические факторы). При подозрении на инфекционные дерматозы уточняют контакт с больными людьми и животными, пребывание в эндемической местности; на профессиональные — влияние производственных вредностей.

Затем больному рассказывает о первых признаках болезни, в каких местах кожного покрова появились высыпания, какие ощущения они вызывали, как выглядели.

Следующий этап — изучение течения заболевания. В этом разделе отмечается характер, частота, причины, сезонность рецидивов, длительность ремиссий. Уточняется, было ли полное разрешение поражения кожи или даже в момент ремиссий оставались какие-либо элементы. Кроме того, обращают внимание на изменение клинической картины заболевания с течением времени, вовлечение в патологический процесс новых участков кожи, ее придатков, слизистых, суставов, внутренних органов, осложнения. В этом же разделе указывается проводимое лечение, его эффективность (медикаментозные средства, физиотерапевтические методы, санаторно-курортное лечение). История заболевания заканчивается описанием характера последнего рецидива, где вновь отмечают его продолжительность, сезонность, причину, отличие от предыдущих. Если обострение подобно предшествующим, можно написать, что рецидив начался, как обычно, осенью (зимой, весной, летом), ничем не отличается от предыдущих.

Следующим разделом истории болезни является описание анамнеза жизни больного, где вновь выясняется, не было ли в семье (родители, братья, сестры, дети) кожных заболеваний, других тяжелых системных болезней (злокачественные новообразования, сердечно-сосудистые, эндокринные, психические заболевания), туберкулеза, сифилиса, алкоголизма.

В хронологической последовательности отмечают перенесенные заболевания (инфекционные, включая венерические, и неинфекционные), операции, ранения, контузии, травмы и их осложнения. Обращается внимание на то, переливали ли больному раньше кровь, кровезаменители, были ли реакции на переливание. Все эти вопросы могут впоследствии помочь в постановке диагноза. Важным моментом анамнеза жизни является выяснение сопутствующих заболеваний (сердечнососудистой системы, легких, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, нервной системы, крови и т. д.). Кроме того, обращается внимание на проводимое лечение (пероральное и парентеральное введение лекарственных средств, назначение физиотерапевтических процедур, санаторно-курортное лечение) этих заболеваний в последние 6 месяцев. Это важно потому, что сопутствующие заболевания и их лечение могут способствовать возникновению дерматозов или усугублять их течение. Например, может возникнуть токсико-аллергический дерматит как лекарственная болезнь, ревматизм — сопровождаться вполне определенными изменениями кожи.

В дальнейшем указывается непереносимость лекарств, в чем она проявлялась (потеря сознания, отеки, сыпь и т. д.), вредные привычки (алкоголизм, курение, наркомания, токсикомания).

Семейный анамнез. Для женщин — время появления менструаций, их продолжительность, регулярность, время начала половой жизни, беременности, их течение, чем заканчивались роды, аборт — самопроизвольные, искусственные (медицинские и криминальные), их количество, осложнения; климакс, его течение, окончание, менопауза. Отмечается время последней менструации. Семейное положение в настоящий момент, наличие детей следует отметить при описании истории болезни женщин и мужчин.

Трудовой анамнез включает возраст, в котором начал работать, условия, режим труда, профессиональные вредности.

В конце анамнеза жизни обращают внимание на срок больничного листа за последние 12 месяцев, если больной работает; отмечают, если он пенсионер, сколько времени на пенсии, если инвалид — какая группа, по какому заболеванию, с какого времени. (Каждый гражданин СССР имеет право пользоваться оплачиваемым больничным листом 4 месяца непрерывно или 5 месяцев с перерывами в течение года, при туберкулезе соответственно — 8 и 11 месяцев. По истечении этих сроков, если заболевание имеет неблагоприятный прогноз, больной направляется во ВТЭК. (врачебно-трудовая экспертиза) для установления группы инвалидности. Если прогноз благоприятный в отношении трудоспособности, то в направлении содержится просьба разрешения продления больничного листа.)

Состояние больного на момент написания истории болезни по органам и системам является одним из важнейших этапов. Оценивается общее состояние, которое может быть удовлетворительным, средней тяжести и тяжелым, причем указывают причину тяжелого состояния (кожное заболевание или соматическое). Положение больного может быть активным • или вынужденным (например, из-за поражения кожи, суставов, одышки и т. д.). Отмечается состояние психики — сознание, ориентировка во времени, месте, ситуации, поведение.

Осматривается и описывается каждый покров, особенности общих свойств здоровой кожи, ее придатков и видимых слизистых (окраска, тургор, эластичность, растяжимость, дермографизм, характер сало- и потоотделения). Определяя дермографизм, можно судить о степени возбудимости сосудистой стенки (см. в разделе специальные и инструментальные методы обследования). Отмечается характер походки с открытыми и закрытыми глазами (обычная, атаксическая, паретическая), устойчивость в позе Ромберга с открытыми и закрытыми глазами, состояние вегетативных нервов кожи.

Обращается внимание на состояние костно-суставной системы (отмечаются ее дефекты, аномалии развития, анкилозы, контрактуры, ограничение движений, изменение походки).

Пальпируются и описываются лимфоузлы (их величина, консистенция, отношение к окружающим тканям).

Далее исследуются органы дыхания (форма грудной клетки, перкуссия и аускультация легких), сердечно-сосудистая система (пульс, границы сердца, тоны сердца, АД), органы пищеварения (язык, состояние зубов, осмотр и пальпация живота, характер стула), мочевыделительная (осмотр и пальпация области почек, симптом Пастернацкого, характер мочеиспускания — частота, количество, субъективные признаки).

### Дерматологический статус

В первую очередь отмечают характер поражения кожи. Он может быть ограниченным или очаговым, диссеминированным, диффузным, универсальным (эритродермия). В дальнейшем указывается локализация высыпаний, наиболее характерные места.

Распространенность кожного покрова можно оценить условно в процентах (100%, до 75%, до 50%, до 25%).

Затем рекомендуется по возможности выделить первичный морфологический элемент поражения кожи, так как по нему решается вопрос о моно- или полиморфизме сыпи, проводится дифференциальный диагноз. Существует множество дерматологических заболеваний, но все они выражаются определенными изменениями кожи, которые называются первичными и вторичными элементами. Они могут быть воспалительными и невоспалительными. Большая часть высыпаний при кожных заболеваниях имеет воспалительный характер, который может быть разной степени выраженности — острый, подострый, хронический. В связи с этим в соответствии с гистоморфологическими изменениями первичные морфологические элементы поражения кожи делят на пролиферативные или инфильтративные и экссудативные. Кроме того, существует чисто морфологическая классификация — полостные и бесполостные первичные элементы. Все пролиферативные элементы являются бесполостными, а экссудативные — почти все полостные, за исключением волдыря (urtica), который образуется за счет отека в эпидермисе и дерме.

Проллиферативные элементы — пятно, узелок или папула, бугорок, узел. Экссудативные — волдырь, пузырек, пузырь, пустула или гнойничок.

Если при осмотре больного обнаруживают несколько первичных элементов, то описывается каждый из них, решается вопрос, какой это полиморфизм (истинный или эволюционный), когда один первичный морфологический элемент переходит в другой в процессе развития патологического процесса.

Пальпируются и описываются лимфоузлы (их величина, но в следующем порядке: размер, цвет, форма, границы, очертания, состояние поверхности, наклонность к группировке, слиянию, консистенция. Осматриваются элементы в проходящем свете, при хорошем боковом освещении. После осмотра приступают к пальпаторному и инструментальному исследованию элементов (поскабливание папул скальпелем при псориазе, определение консистенции бугорков пуговчатым зондом при туберкулезе и третичном сифилисе и т. д.).

Составив представление о первичном морфологическом элементе и описав его, переходят к оценке вторичных морфологических элементов, образовавшихся в результате эволюции и разрешения первичных (пятна, рубцы, лихенификация — усиление кожного рисунка, вегетации, шелушение — чешуйки, гиперкератотические наслоения, эрозии, язвы, трещины, экскориации, корки серозного, геморрагического, гнойного характера). Элементы описываются подробно.

При некоторых заболеваниях, например при экземе, диффузном нейродермите, вторичные морфологические элементы поражения кожи выражены ярче, они образуют обширные очаги, выступающие на первый план, обращающие сразу на себя внимание, а первичные элементы немногочисленны, располагаются по периферии или в отдалении от основных очагов. В этом случае можно начать описание с общего характера очагов поражения — цвет, отек, инфильтрация, шелушение, корки, границы и т. д., а затем описать первичные элементы по периферии или на поверхности этих очагов на фоне общих вторичных изменений.

Специальные и инструментальные методы обследования в дерматологии.

Определение площади человеческой кожи.

$$\text{Формула Меев: } S = 12,3 \sqrt[3]{p^2} \text{ — для взрослых,}$$
$$S = 11,9 \sqrt[3]{p^2} \text{ — для детей,}$$

где 12,3 и 11,9 — постоянные величины,  $p$  — объем, который можно заменить массой. Площадь кожи зависит от роста, массы, пола, возраста, в среднем она равна — 1,5—2 м<sup>2</sup>.

2. Поверхность кожи не абсолютно гладкая. Видны многочисленные мелкие бороздки, идущие параллельно или под углом друг к другу, образующие треугольники, ромбы. В лупу можно увидеть мельчайшие отверстия — выводные протоки потовых желез. В некоторых местах (лицо, верхняя треть груди, спины) на глаз видны воронки устьев сальных желез — «поры кожи».

Рисунок кожи легче видеть, если смочить ее красящим раствором (йодная настойка, анилиновые краски). Рисунок кожи на концевых фалангах пальцев строго индивидуален и используется криминалистами для установления



личности.

Цвет кожи зависит от пигментов (меланин, меланоид, каротин, оксигемоглобин, редуцированный гемоглобин), от степени кровенаполнения, толщины рогового слоя. Некоторые участки кожи сильнее пигментированы (грудной сосок, половые органы, область анального отверстия). У детей кожа имеет розовый оттенок из-за тонкого эпидермиса и хорошего кровенаполнения в дерме. Имеют значение расовые и национальные особенности, внешние факторы — ультрафиолетовое облучение, травмы, ожоги, татуировка. Возможны нарушения пигментации (альбинизм, витилиго, невусы, монгольские пятна, хлоазма), вызванные генетическими или эндокринно-вегетативными нарушениями, а также изменения цвета кожи ток эрического, часто профессионального происхождения. При тяжелых нарушениях кровообращения кожа приобретает синюшный оттенок, при кровоизлияниях — буро-коричневый в результате отложения гемосидерина. Если отторжение рогового слоя надолго задерживается, например, при ихтиозе, старческом кератозе, то кожа приобретает черный цвет в результате окисления кератина. Различные дистрофические и патологические процессы, вызывающие отложения в дерме, изменяют цвет кожи (при микседеме, гиалинозе, амилоидозе и т. д.).

3. Дермографизм — это рефлекторные сосудистые реакции колеи на механическое раздражение. При проведении по поверхности кожи полосы любым тупым предметом (ноготь, шпатель, карандаш) вначале происходит механическое выдавливание крови из кожных сосудов, в результате чего наступает кратковременное (10—30 секунд) побледнение кожи. Если кожа сухая, могут образоваться чешуйки, которые длительно сохраняются. Эти явления не входят в понятие дермографизма. К нему относятся только те сосудистые реакции, которые возникают после некоторого скрытого периода. Нормальные сосудистые реакции на раздражение — белая, красная и смешанная также исключаются из понятия «дермографизм». При самом незначительном надавливании на кожу (порядка 10—50 г) через 20—30 секунд появляется белая полоска, которая держится несколько минут; при более сильном давлении возникает розовая или красная полоса (нормальная красная сосудистая реакция), сохраняющаяся 5—10 минут. Смешанная нормальная сосудистая реакция — это когда вблизи красной полосы имеются тонкие полоски белого цвета. Она объясняется тем, что в центре надавливание более сильное — появляется красная полоса, а по периферии, где только сдвигаются верхние слои дермы и эпидермиса — белая. Дермографизмом называют только такие сосудистые реакции, которые отличаются от нормальных по интенсивности или по длительности.

Различают красный дермографизм, смешанный, белый. Особой разновидностью является уртикарный (возвышенный) и рефлекторный дермографизм. Некоторые авторы описывают синий дермографизм.

Красный дермографизм отличается от нормальной красной сосудистой реакции более насыщенной эритемой и большей продолжительностью — более 10 минут. Смешанный соответствует нормальной смешанной сосудистой реакции, но более продолжительный (более 10 минут). Белый дермографизм отличается от нормальной белой сосудистой реакции не только продолжительностью, но и тем, что при более сильном надавливании, когда в норме появляется красная полоса, в данном случае остается белая. Такой дермографизм часто наблюдается у больных с диффузным нейродермитом, хронической экземой. При уртикарном дермографизме после 2—5 минут после надавливания появляется возвышенная резко отграниченная полоса белая в центре и красная по краям. Синий дермографизм развивается только на воспаленной, застойно-красной коже, чаще на нижних конечностях (в виде синих полос); он исчезает при устранении застойных явлений.

5. Кожная чувствительность. Кожа снабжена большим числом рецепторов. Имеется специальный рецепторный аппарат и свободные нервные окончания. Выделяют несколько видов кожной чувствительности: тепловую, холодовую, тактильную и болевую. Тактильная чувствительность определяется иногда у больных псориазом, нейродермитом, чаще лепрой путем легкого проведения ватным тампоном по поверхности очага при сравнении ощущения при касании тампоном здоровой кожи. Манипуляция проводится при закрытых глазах больного. Температурная чувствительность — с помощью поочередного прикосновения пробирок с горячей и холодной водой. Этот вид чувствительности нарушается при лепре, холодовой крапивнице. При различных дерматозах может нарушаться болевая чувствительность. Ее устанавливают, касаясь острым или тупым концом инъекционной иглы кожи больного. Повышение болевой чувствительности называется гипералгезией, понижение — гипоальгезией, отсутствие — анальгезией. Этот метод имеет значение для диагностики дерматозов, сопровождающихся невритами (опоясывающий лишай, лепра).

Состояние вегетативных нервов кожи определяется мышечно-волосковым рефлексом, возникающим при проведении по коже холодным предметом или ватой, смоченной эфиром.

6. Пальпация. Описывая первичные и вторичные элементы поражения кожи, обязательно отмечают консистенцию элементов, их поверхность, глубину залегания. Эти признаки можно определить, лишь пропальпировав элемент или очаг. При наличии крупных первичных элементов поражения кожи (узлы) их консистенцию, глубину залегания определяют пальпацией. Этот метод используют, описывая склеродермические очаги.

Кроме того, с целью определения консистенции мелких первичных элементов иногда применяют и инструменты: пуговчатый зонд, вогнутое часовое стекло (диаскопия). Пуговчатым зондом дотрагиваются и надавливают на элемент. Бугорок при туберкулезе кожи мягкий, поэтому зонд как бы проваливается (легко погружается в ткань), появляются капли крови, возникает боль — положительный «симптом зонда». При третичном сифилисе бугорок твердый (плотный) — зонд не проваливается (отрицательный «симптом зонда»).

Диаскопия — вогнутым часовым стеклом надавливают на элемент. В результате давления происходит спазм сосудов, обескровливание этого участка кожи. Поэтому, если это было пятно воспалительного характера, то оно при надавливании исчезает, если пигментное или геморрагическое, то оно практически не изменяет окраску. Кроме того, этим методом пользуются для подтверждения мягкой консистенции туберкулезного бугорка и определения его окраски. В результате мягкой консистенции туберкулезного бугорка он расплывается (раздавливается) при надавливании стеклом, происходит спазм сосудов дермы, кровь из них удаляется, и бугорок приобретает свой истинный цвет — желто-бурый или оранжевый; он появляется постепенно и как бы растекается под стеклом — симптом «яблочного желе».

Для определения консистенции корок, глубины их проникновения иногда пользуются желобоватым зондом. С помощью его, ложки Фолькмана или петли Генле можно взять содержимое пустул на исследование.

7. Поскабливание очагов. Чаще применяют при кожных заболеваниях, сопровождающихся шелушением, иногда для того, чтобы выявить скрытое шелушение или доказать отсутствие его. Пользуются скальпелем, хотя можно взять и любой режущий предмет. При поскабливании чешуек видно, крупные они или мелкие, пластинчатые, сухие или пропитаны экссудатом, плотно или рыхло соединены с подлежащими слоями эпидермиса.

Наиболее часто этот метод используют в диагностике псориаза, определяя так называемую псориагическую триаду — симптомы или феномены, наиболее характерные для патоморфологической картины дерматоза («стеариновое пятно», «терминальная пленка», «точечное кровотечение»). В основе патоморфогенеза псориаза лежит ускоренный и извращенный эпидермопоэз (ороговение или кератинизация). Скорость этого процесса увеличивается в 8—10 раз, продукты ороговения несовершенны. Сама папула при псориазе образуется за счет пролиферативных изменений в эпидермисе и дерме (акантоз и папилломатоз). В роговом слое, который в норме представляет собой плотно уложенные чешуйки или пластинки, заполненные плотным фибриллярным белком — кератином, при псориазе появляются молодые несовершенные клетки с ядрами. Это явление называется паракератозом. В результате этого роговой слой разрыхлен, в нем скапливаются пузырьки воздуха, увеличивается содержание липидов, ослабляются межклеточные связи. Чешуйки на поверхности папул при псориазе в результате паракератоза при поскабливании легко снимаются, образуя белесовато-розовую дробящуюся поверхность — феномен «стеаринового пятна». Зернистый слой в псориагической папуле отсутствует, поэтому при дальнейшем поскабливании быстро обнажается шиловидный и базальный слои — гладкая ярко-розовая, слегка влажная поверхность — феномен «терминальной пленки», на которой спустя некоторое время (секунды) появляются капельки крови — феномен «точечного кровотечения» или «кровяной росы». Последний симптом объясняется нарушением целостности расширенных, кровенаполненных капилляров сосочков дермы, которые при псориазе удлинены (папилломатоз).

#### **Феномен изоморфной реакции**

При многих дерматозах на месте раздражения кожи (порезы, расчесы, царапины, ожоги, даже аллергические высыпания) появляются элементы данного заболевания. При псориазе — это псориагические папулы, при красном плоском лишае — узелки красного плоского лишая, а при сифилисе — высыпания того периода, в котором находится больной. Феномен изоморфной реакции свидетельствует о прогрессе заболевания, его активном течении, так как появляется только в стадиях прогрессирования. Скрытый период при развитии этого феномена составляет в среднем 7—12 дней. Выявляется этот феномен лишь при случайно полученной травме кожи. Обычно специально этот феномен не определяют, чтобы не травмировать лишней раз кожу больного. Феномен изоморфной реакции при различных дерматозах описан разными авторами и носит их имя. При псориазе — феномен Кебнера, при красном плоском лишае — Крайбиха, при сифилисе — феномен Тарновского.

#### **Постановка аллергических проб и их объяснение**

При аллергических заболеваниях для определения сенсибилизации организма к раздражителям пользуются различными кожными пробами: накожными (капельная, аппликационная), скарификационными и внутрикожными (интрадермальная). Обычно кожные тесты ставят на коже боковой поверхности плеч, спины (у нижнего угла лопатки) или живота.

Капельный метод заключается в нанесении раствора раздражителей на клинически здоровую кожу верхней половины живота при помощи смоченной в них пробки от флакона с этими растворами. Расстояние между каплями должно быть не менее 5—7 см. Место пробы обводят чернилами или химическим карандашом.

При аппликационной пробе раствором аллергена пропитывают фильтровальную бумагу размером 1 см<sup>2</sup>, покрывают ее компрессной бумагой площадью 3X3 см<sup>2</sup> и фиксируют к коже полосками лейкопластыря.

Для проведения скарификационной пробы скарификатором наносится царапина на неповрежденном участке кожи, после чего указанное место смазывают антигеном. Реакция кожи учитывается через 24, 48, 72 часа. При положительной пробе на месте введения антигена появляется отек, эритема, пузырьки и даже везикулы. Ответная реакция организма может быть местной (в месте контакта с аллергеном), очаговой (обострение на пораженных дерматозом участках кожи) и общей.

У больных микробной экземой, хроническими пиодермитами производят внутрикожные пробы с биопрепаратами. Для этого в области сгибательной поверхности средней трети предплечья делают инъекцию 0,1 мл

стафилококковой или стрептококковой вакцины. Через 20 минут учитывают реакцию немедленного типа и через 24—48 часов — реакцию замедленного типа. Немедленная реакция характеризуется появлением волдыря на месте инъекции, она считается положительной при диаметре волдыря свыше 10 мм. Замедленная реакция характеризуется появлением папулы или эритемы с отеком, положительна она при размере папулы свыше 5 мм или эритемы с отеком свыше 20 мм в диаметре.

#### **Проведение йодной пробы Бальцера**

Пробу Бальцера используют для диагностики отрубевидного лишая. Она заключается в следующем: при смазывании кожи 5% раствором йода или 1—2% раствором анилиновых красителей пораженные участки в результате разрыхления рогового слоя окрашиваются более интенсивно.

#### **Люминесцентная диагностика дерматомикозов**

Люминесцентная диагностика микроспории находит все более широкое применение не только для проведения дифференциального диагноза с другими грибковыми поражениями кожи и волосистой части головы, но и для массового обследования детских коллективов, подозрительных на грибковое заболевание животных, и т. д. Этот метод основан на способности волос, пораженных микроспором, при облучении короткими ультрафиолетовыми лучами, пропущенными через увеоловое стекло (лампа Вуда) в темном поле зрения испускать зеленовато-желтое свечение. Ржавый микроспорум вызывает ярко-зеленое свечение волос, пушистый микроспорум — бледно-зеленое, что позволяет дифференцировать антропофильную и зоофильную микроспорию.

#### **Забор патологического материала при подозрении на грибковое заболевание**

Большое значение в правильной и ранней диагностике грибковых заболеваний имеют микроскопические и культуральные методы исследования патологического материала с очагов поражения. Важным моментом, необходимым для получения надежных результатов, является правильная техника взятия материала. Его следует брать со свежих, не подвергавшихся лечению мазями и красками очагов, где элементы гриба обычно бывают в большем количестве. При поражениях кожи производят соскоб скальпелем или острой ложечкой. Чешуйки, покрышки пустул и пузырьков можно захватывать эпиляционным пинцетом. Волос, пораженный грибом, удаляется эпиляционным пинцетом вместе с окружающей или покрывающей его чешуйкой. При гиперкератотических поражениях стоп роговые массы с полошв срезают скальпелем или лезвием безопасной бритвы. Для исследования ногтей предварительно скальпелем удаляют верхний слой и подвергают микроскопии соскоб из более глубоких частей ногтевой пластинки. Хороший материал при этом можно получить, пользуясь бормашиной или дрелью. При паронихиях одновременно делают соскоб и с ногтевого валика. Затем- измельченные частицы исследуемого материала помещают на середину предметного стекла, опускают на них каплю едкой щелочи, накрывают сверху покровным стеклом. Препарат в таком виде осторожно подогревают над пламенем горелки (не доводя щелочь до кипения). Подогревание волоса не производят, так как при этом нарушается связь гриба с волосом, что ведет к затруднению правильной диагностики заболевания. Готовые для исследования препараты просматривают в светлом поле микроскопа вначале под малым увеличением с опущенным конденсором или в слегка затемненном диафрагмой поле, а затем под большим увеличением. Элементы грибка имеют вид двуконтурных нитей разной длины и толщины, септированных или распадающихся на членики, а также круглых или квадратных спор. Культуральную диагностику грибковых заболеваний проводят путем посева патологического материала на питательные среды. Наиболее часто для культивирования грибков используют среду Сабуро, мясной и мясопептонный бульон, пивное сусло и т. д. Инструментами для посева служат: проволочная петля из платиновой проволоки на металлической или стеклянной ручке, пастеровская пипетка. Процесс посева должен быть стерильным, поэтому всю посуду стерилизуют обычно в автоклаве, а петлю и иглу прокалывают в пламени горелки. На твердых питательных средах посев производится штрихами по их поверхности или уколом вглубь. В жидкую питательную среду посевной материал наносят на стенку пробирки или непосредственно взбалтывают петлю с посевным материалом в среде. Посеянный на питательную среду материал дает рост обычно на 5-7 день.

#### **Забор патологического материала при подозрении на гнойничковые заболевания**

Возбудителями гнойничковых заболеваний являются стафилококки и стрептококки. Стафилококки представляют собой правильной формы шары 0,8—0,9 мм в диаметре. Располагаются в материале и в культуре чаще всего скоплениями, напоминающими гроздь винограда. Окрашиваются по Граму положительно. Стафилококки хорошо растут на простых питательных средах при температуре 37°, в присутствии кислорода, а также в анаэробных условиях. При посеве на чашку с агаром вырастают через 18—20 часов круглые колонии. Стафилококк дает обильный рост при 37° на бульоне, который через 24 часа после посева мутнеет с образованием осадка. Для обнаружения стафилококка испытуемый материал — гной, отделяемое слизистых оболочек — берут прокаленной петлей, либо стерильным тампоном и намазывают тонким слоем на чистое предметное стекло. Высушенный на воздухе препарат фиксируют на пламени спиртовой горелки и красят по Граму. При наличии стафилококков поле зрения микроскопа можно видеть грамположительные, окрашенные в лиловый цвет характерные кокки, расположенные скоплениями в виде кисти винограда, а также в одиночку. Помимо бактериологического исследования для обнаружения стафилококков делают посев исследуемого материала на питательные среды (питательный агар РН-7,5, агар с 5% дефибринированной кроличьей, бараньей или человеческой кровью), затем чашки ставят в термостат при температуре 37° на 12—20 часов. После указанного времени чашки вынимают из термостата и изучают выросшие колонии.

Стрептококки — круглые или вытянутые в длину кокки, чаще всего располагающиеся короткими или длинными цепочками. Окрашиваются по Граму. Для роста стрептококков к питательным средам, которые должны быть слабощелочными, прибавляют 1% глюкозы, либо 10—20% сыворотки. Для обнаружения стрептококка необходимо

освободить очаг от гноя, затем тампоном, смоченным стерильным физиологическим раствором, берут материал из глубины очага и этим же тампоном производят посев на чашку с кровавым агаром, а также на сахарный бульон, в который опускают тампон с исследуемым материалом. Засеянные кровавый агар и бульон ставят в термостат при температуре 37° на 18—20 часов. После указанного времени на чашке с кровавым агаром можно видеть мелкие колонии с зоной просветления вокруг, по величине, превышающей в несколько раз саму колонию. В приготовленном из такой колонии и окрашенном по Граму препарате имеются грамположительные кокки в виде коротких цепочек (гемолитический стрептококк). Помимо гемолитического стрептококка в чашке с кровавым агаром вырастают колонии зеленящегося стрептококка — это мелкие колонии, вокруг которых образуется небольшая зона позеленения среды. При изучении чашки под малым увеличением микроскопа можно отметить, что вся зона позеленения состоит из теней эритроцитов. В окрашенном по Граму препарате видны грамположительные короткие цепочки стрептококков округлой формы. Негемолитические стрептококки, так же как гемолитические, расположены длинными цепочками, несколько реже встречаются и считаются менее патогенными.

#### **Методика получения феномена «медовых сот»**

Положительный симптом «медовых сот» помогает в диагностике инфильтративно-нагноительной формы трихофитии.

Для этого заболевания характерно наличие крупных единичных очагов поражения с выраженной эритемой, отеком и инфильтрацией, с большим количеством гнойных корок на поверхности. При снятии корок обнаруживается, что гной выделяется из каждого фолликула в отдельности, напоминая мед, выделяющийся из медовых сот. Этот феномен становится более явным при легком сдавливании очага с двух противоположных сторон.

#### **Методика исследования на демодекс**

Для обнаружения фолликулярного демодекса — клеща, живущего в содержимом сальной железы, — пользуются иглой или скальпелем. После прокалывания элемента острым концом иглы ее сначала продвигают к основанию, а затем выводят наружу. При этом на острие иглы попадает клещ, имеющий вид чуть заметной точки. Для этой цели можно использовать и скальпель, которым срезают роговой слой эпидермиса в области очага поражения. Исследуемый патологический материал кладут на предметное стекло, затем заливают его одной-двумя каплями физиологического раствора, и при малом увеличении в поле зрения микроскопа обнаруживают клеща.

#### **Методика обнаружения чесоточного клеща**

Для правильной и своевременной диагностики чесотки необходимо провести лабораторные исследования, целью которых является обнаружение чесоточного клеща. Применяют метод топких срезов: лезвием бритвы срезают участок рогового слоя эпидермиса с чесоточным ходом или пузырьком и после обработки 2Q% едким натрием в течение 5 минут исследуют под микроскопом. В препарате обнаруживают клещей или продукты их жизнедеятельности (яйца, оболочки, экскременты). Используется и метод лабораторной диагностики с применением молочной кислоты: стеклянной палочкой наносят каплю молочной кислоты на морфологический элемент (папула, пузырек, чесоточный ход). Затем через 5 ми-иув разрыхленный эпидермис соскабливают острой глазной ложечкой на предметное стекло в каплю молочной кислоты, накрывают покровным стеклом и микроскопируют.

#### **Методика постановки пробы Ядассона**

Проба Ядассона с мазью, содержащей 50% йодистого калия, ставится больным дерматозом Дюринга, так как при этом заболевании отмечается повышенная чувствительность кожи к йоду. Пробу не следует проводить в период обострения процесса или в прогрессирующей стадии. На участок кожного покрова, свободный от высыпаний, накладывают салфетку, смазанную 5Q% йодистым калием на вазелине. На салфетку накладывается пергаментная бумага, которая затем приклеивается к коже лейкопластырем. Проба считается положительной, если через 24—48 часов после наложения йодистого калия на этом месте появляется отек, эритема и везикулезная сыпь. Помимо этого, у некоторых больных отмечается и ухудшение общего состояния.

#### **Определение симптома Бенье — Мещерского фолликулярного гиперкератоза**

Определение симптомов Бенье — Мещерского и фолликулярного гиперкератоза имеет важное значение для диагностики дискоидной красной волчанки. При удалении чешуек с поверхности очага на их нижней поверхности нередко обнаруживаются шипики и обнажаются воронки устьев фолликулов (фолликулярный гиперкератоз). Соскабливание чешуек вызывает болезненность (симптом Бенье — Мещерского).

#### **Методика определения симптома Никольского и Асбое — Ганзена**

Положительные симптомы Никольского и Асбое — Ганзена характерны для акантолитической пузырчатки. Они свидетельствуют о наличии акантолиза в эпидермисе у таких больных. Симптом Никольского определяют двумя способами: 1) интенсивное потирание видимо здоровой кожи, особенно вблизи пузырных высыпаний, обуславливает появление эрозий; 2) потягивание пинцетом за край вскрывшегося пузыря вызывает свободное отторжение эпидермиса на значительном участке видимо здоровой кожи вокруг эрозий. Модификацией симптома Никольского является феномен Асбое — Ганзена: при нажатии пальцем на покрывку невскрывшегося пузыря происходит отторжение эпидермиса и смещение жидкости, наполняющей пузырь, в сторону от места нажатия (расползание пузыря).

#### **Взятие мазков-отпечатков на акантолитические клетки**

Для диагностики акантолитической пузырчатки необходимо исследование мазков-отпечатков на акантолитические клетки. Для этого покрывку пузыря на коже больного срезают стерильными ножницами, ватным тампоном удаляется жидкое содержимое пузыря. Стерильным предметным стеклом прикасаются к эрозии на дне пузыря. На одном стекле делают один или несколько отпечатков. Отпечатки высушиваются на воздухе. Затем на

препарат наливают 1 мл краски Май — Грюнвальда на 3 минуты; далее, не сливая краски, добавляют 1 мл нейтрализованной дистиллированной воды и держат 1 минуту. После этого краску сливают, наливают на препарат свежеприготовленный раствор краски Романовского—Гимза и красят обычно, как при окраске одной краской Романовского — Гимза. В препаратах, полученных от больных пузырчаткой, обнаружено большое количество крупных клеток с очень крупным ядром и темно-синей протоплазмой. Эти клетки называются акантолитическими клетками пузырчатки. Клетки имеют специфическое характерное строение со следующими особенностями: они мельче обычных эпидермальных клеток; ядра их значительно крупнее ядер клеток эпидермиса; цитоплазма этих клеток резко базофильна; в ядре клеток содержатся два или больше очень крупных ядрышка, окрашенных в голубой цвет; клетки пузырчатки могут быть единичными, но могут образовывать значительные скопления округлой или неправильной формы; характерна многоформность клеток, особенно ядер; в акантолитических клетках можно наблюдать картину митотического деления.

## **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

### **к выполнению реферата по дисциплине**

#### **«Дерматовенерология»**

Реферат является научной работой, поскольку содержит в себе элементы научного исследования. В связи с этим к реферату должны предъявляться требования по оформлению, как к научной работе.

Правила оформления научных работ являются общими для всех отраслей знаний и регламентируются государственными стандартами, в частности ГОСТом 7.1 - 84. «Библиографическое описание документа: Общие требования и правила составления», «Правилами составления библиографического описания». Для рефератов необходимо выполнять следующие требования: общие требования, правила цитирования, правильное оформление ссылок, библиографического списка, правила сокращения и использования числительных.

Работа открывается титульным листом, где указывается полное название ведомства, университета, факультета, кафедра, тема реферата, фамилии автора и руководителя, место и год написания. На следующей странице, которая нумеруется сверху номером «2», помещается оглавление с точным названием каждой главы и указанием начальных страниц.

Общий объем реферата не должен превышать 15-20 страниц для печатного варианта. При печатании текста реферата абзац должен равняться четырем знакам (1,25 см.).

Поля страницы: левое - 3 см., правое - 1,5 см., нижнее 2 см., верхнее - 2 см. до номера страницы. Текст печатается через 1,5 интервал. Если текст реферата набирается в текстовом редакторе Microsoft Word, рекомендуется использовать шрифты: Times New Roman, размер шрифта - 14 пт. При работе с другими текстовыми редакторами шрифт выбирается самостоятельно, исходя из требований - 60 строк на лист (через 1,5 интервала).

Каждая структурная часть реферата (введение, главная часть, заключение и т.д.) начинается с новой страницы. Расстояние между главой и следующей за ней текстом, а также между главой и параграфом составляет 2 интервала.

После заголовка, располагаемого посередине строки, не ставится точка. Не допускается подчеркивание заголовка и переносы в словах заголовка. Страницы реферата нумеруются в нарастающем порядке. Номера страниц ставятся вверху в середине листа.

Титульный лист реферата включается в общую нумерацию, но номер страницы на нем не проставляется (это не относится к содержанию реферата).

Список литературы составляется по алфавиту с точным указанием выходных данных книги, статьи. Список литературы - это перечень книг, журналов, статей с указанием основных данных (место и год выхода, издательство и др.). Для написания реферата должно быть использовано не менее 5-6 литературных источников.

В зависимости от требований научного руководителя реферат может подаваться как в электронном, так и в печатном виде.

**Пример оформления титульного листа реферата по дисциплине «Дерматовенерология»:**



Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
**«Саратовский государственный медицинский  
университет имени В. И. Разумовского»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

## **КАФЕДРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ**

**Заведующий кафедрой,  
д.м.н., профессор А.Л.Бакулев  
Преподаватель: асс. Н.Н.Кондратьева**

# **РЕФЕРАТ**

**на тему: Современные методы лечения псориаза**

**Выполнил студент 4 курса,  
стоматологического факультета,  
1 группы Иванов И.И.**

## **Саратов**

**Сведения о материально-техническом обеспечении,  
необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине  
«Дерматовенерология»**

№ п/п	Адрес (местоположение) здания, строения, сооружения, помещения	Собственность или оперативное управление, хозяйственное ведение, аренда, субаренда, безвозмездное пользование	Назначение оснащенных зданий, сооружений, помещений*, территорий с указанием площади (кв.м.)	Наименование оборудованных учебных кабинетов, объектов для проведения практических занятий, объектов физической культуры и спорта	Наименование объекта	Инвентарный номер
1.	410028, г. Саратов, ул. Провиантская, 22	РАСПОРЯЖЕНИЕ от 1.02.2005 № 61-р о закреплении имущества на право оперативного управления за Государственным образовательным учреждением высшего профессионального образования «Саратовский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации».	Учебная комната № 1 (7 этаж 31,1 кв.м) (компьютерный класс)		Компьютеры Intel Pentium Dual-Core - 2 шт	000011010403483; 000011010403486.
			Учебная комната № 2 (7 этаж, 18,6 кв.м.)		Модель кожи из 3-х частей – 1 шт	20131000000052
			Учебная комната № 3 (7 этаж, 18,4 кв.м)		Модель рака кожи – 1 шт	20131000000051
			Учебная комната № 4 (3 этаж, 21,2 кв.м)		Плакат «кожа» - 1 шт	КГ0000008203
			Учебная комната № 5 (3 этаж, 23,3 кв.м)		Модель сечения кожи	20131000000050
			Учебная комната № 6 (3 этаж, 19,1 кв.м)		Плакат « Рак кожи» - 1 шт Плакат «кожа» - 1 шт	КГ0000008204 КГ0000008203



		Учебная комната № 7 (3 этаж, 19,2 кв.м)		Плакат «ВИЧ и СПИД» - 1 шт Плакат «Простата» - 1 шт	КГ0000008205  КГ0000008206
		Учебная комната № 8 (3 этаж, 19,8 кв.м.)		Модель кожи в виде блока 70-кратное увеличение – 1 шт	20131000000053
			Аудитория им. А.Ф.Ухина (2 этаж, 135,4 кв.м)	муляжный музей Комплект муляжей № 1 «Первичный сифилис» - 25 шт., «Вторичный сифилис»-27 шт., «Сифилис третичный, врожденный» - 27 шт., Комплект муляжей № 2 «Туберкулез кожи, лепра» - 24 шт., «Болезни ороговения» -18 шт., Комплект муляжей № 3 «Аллергодерматозы» -37 шт., «Редкие дерматозы» -32 шт., «Пузырчатка. ДБСТ. Саркома Капоши» -13 шт., Комплект муляжей № 4 «Инфекционные дерматозы» -37 шт.	574КВК  573КВК  472КВК  469КВК



**Сведения о кадровом обеспечении,  
необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине  
« Дерматовенерология»**

ФИО преподавателя	Условия привлечения (штатный, внутренний совместитель, внешний совместитель, по договору)	Занимаемая должность, ученая степень/ученое звание	Перечень преподаваемых дисциплин согласно учебному плану	Образование (какое образовательное учреждение профессионального образования окончил, год)	Уровень образования, наименование специальности по диплому, наименование присвоенной квалификации	Объем учебной нагрузки по дисциплине (доля ставки)	Сведения о дополнительном профессиональном образовании, год		Общий стаж работы	Стаж практической работы по профилю образовательной программы в профильных организациях с указанием периода работы и должности
							спец	пед		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Бакулев А.Л.	внутренний совместитель	профессор ПР № 008109, 21.07.2010, доктор медицинских наук ДК № 020199, 9.01.2004	«Дерматовенерология»	СГМУ, 1993	высшее, лечебное дело, врач	0,03	2018	2018	25 лет	25 лет
Завьялов А.И.	внутренний совместитель	Профессор, доктор медицинских наук, ДК № 070010, 3.10.2008	«Дерматовенерология»	СГМУ, 1981	высшее, лечебное дело, врач	0,02	2020	2018	44года	36 лет
Моррисон А.В.	штатный	Доцент ДЦ № 050234; 1.04.2013, кандидат медицинских наук, КТ № 021337, 5.05.2000	«Дерматовенерология»	СГМУ, 1994	высшее, педиатрия, врач	0,2	2020	2016	23 года	23 года

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Еремина М.Г.	штатный	зав.учебной частью, доцент кафедры, кандидат медицинских наук, КНД № 004068, 25.10.2014	«Дерматовенерология»	СГМУ, 2006	высшее, лечебное дело, врач	0,1	2018	2021	16 лет	10 лет
Иголина И.А.	штатный	Доцент кафедры, кандидат медицинских наук, ДКН № 161319, 21.12.2011	«Дерматовенерология»	СГМУ, 1996	высшее, лечебное дело, врач	0,2	2021	2021	17 лет	11 лет
Епифанова А.Ю.	штатный	ассистент кафедры	«Дерматовенерология»	СГМУ, 2010	высшее, лечебное дело, врач	0,2	2021	2018	7 лет	7 лет
Ардалина О.О.	штатный	ассистент кафедры	«Дерматовенерология»	СГМУ, 2015	высшее, лечебное дело, врач	0,2	2021	2016	4 года	4 года
<i>Кондратьев а Н.Н.</i>	Штатный (декретный отпуск)	ассистент кафедры	«Дерматовенерология»	СГМУ, 2008	высшее, лечебное дело, врач		2010	2013	7 лет	4 лет
Елдесбаева Я.С.	Внутренний совместитель	ассистент кафедры	«Дерматовенерология»	СГМУ, 2011	высшее, лечебное дело, врач	0,2	2018	2013	8 лет	2 года
Тальникова Е.Е.	Внутренний совместитель	ассистент кафедры	«Дерматовенерология»	СГМУ, 2015	высшее, педиатрия, врач	0,1	2017		4 года	4 года
Моисеев А.А.	штатный	ассистент кафедры	«Дерматовенерология»	СГМУ, 2014	высшее, педиатрия, врач	0,2	2020	2016	5 лет	5 лет
<i>Артемина Е.М.</i>	Штатный (декретный отпуск)	ассистент кафедры	«Дерматовенерология»	СГМУ, 2010	высшее, лечебное дело, врач		2017	2016	7 лет	7 лет

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Бородкина (Гаврилина) Н.В.	штатный	ассистент кафедры	«Дерматовенеро логия»	СГМУ, 2004	высшее, педиатрия, врач	0,3	2021		17 лет	2 года
Марченко В.М.	Внутренний совместитель	ассистент кафедры	«Дерматовенеро логия»	СГМУ, 1978	высшее, педиатрия, врач	0,1	2018		43 года	1 год
<i>Каткова И.О.</i>	Штатный (декретный отпуск)	ассистент кафедры	«Дерматовенеро логия»	СГМУ, 2010	высшее, педиатрия, врач		2017	2013	10 лет	7 лет
Шерстнева В.Н.	штатный	ассистент кафедры	«Дерматовенеро логия»	СГМУ, 1963	высшее, педиатрия, врач	0,1	2017	2016	53 года	51 год
Шнайдер Д.А.	Внутренний совместитель	ассистент кафедры	«Дерматовенеро логия»	СГМУ, 1985	высшее, лечебное дело, врач	0,05	2018	2018	35 лет	35 лет

1. Общее количество научно-педагогических работников, реализующих дисциплину – 17 чел.

2. Общее количество ставок, занимаемых научно-педагогическими работниками, реализующими дисциплину - \_2,0 ст.