

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ПРИВОЛЖСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

Богомолова Е.С.

«20 Октября» 2018 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

**Дисциплины по выбору «Рациональная фармакотерапия в
дерматовенерологии»**

**направление подготовки 31.06.01 Клиническая медицина
направленность Кожные и венерические болезни**

Квалификация выпускника:
Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения:
очная

Н.Новгород
2018

Рабочая программа разработана в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина» высшего образования, утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от «03» сентября 2014 г. №1200

Составители рабочей программы:

Шливко Ирена Леонидовна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней;

Биткина Оксана Анатольевна, д.м.н., профессор кафедры кожных и венерических болезней.

Программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры кожных и венерических болезней, протокол № 2 от «03» сентября 2018 года.

Заведующий кафедрой, д.м.н., доцент  Шливко И.Л.

«3» сентября 2018 г.

СОГЛАСОВАНО:

Заведующий отделом аспирантуры  Московцева О.М.

«10» сентября 2018 г.

1. Цель и задачи освоения дисциплины. Место дисциплины в структуре образовательной программы.

1.1 Целью освоения дисциплины является – подготовка научно-педагогических кадров высшей квалификации по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина», профилю подготовки «Кожные и венерические болезни» для работы в области науки, образования и различных отраслей здравоохранения, изучающих и оказывающих помощь в области дерматовенерологии.

Поставленная цель реализуется через участие в формировании следующих универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций: участие в формировании универсальных (УК 1-5), общепрофессиональных (ОПК-4-5) и профессиональных (ПК-5) компетенций

1.2 Задачи дисциплины:

- формирование способности ориентироваться в современных научных концепциях фармакотерапии кожных и венерических заболеваний;
- изучение наиболее часто применяемых в дерматовенерологии групп лекарственных препаратов;
- освоение базовых принципов рациональной фармакотерапии дерматозов и инфекций, передаваемых преимущественно половым путем;
- полноценно и всесторонне овладеть алгоритмом назначения лечения и профилактических мероприятий при основных нозологических формах заболеваний кожи;
- проводить оказание экстренной врачебной помощи на догоспитальном и госпитальном этапах;
- организовывать работу с медикаментозными средствами и соблюдать правила их хранения;
- составлять и вести учетно-отчетную медицинскую документацию в кардиологической клинике;
- вести деловую переписку (служебные записки, докладные, письма);
- уметь анализировать научную, нормативную и справочную литературу и официальные статистические обзоры на русском и иностранных языках;
- готовить обзоры и реферативные сообщения по современным научным проблемам;
- участвовать в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области дерматовенерологии по диагностике, лечению, реабилитации и профилактике;
- соблюдать основные требования информационной безопасности к разработке новых методов и технологий в области дерматовенерологии;
- участвовать в проведении статистического анализа и выполнить диссертационную работу по теме научного исследования; участвовать в оценке эффективности инновационно-технологических рисков при внедрении новых медико-организационных технологий в деятельность медицинских организаций

В результате изучения дисциплины аспирант должен:

Аспирант должен ознакомиться с основными принципами рациональной фармакотерапии кожных и венерических болезней, методами и критериями контроля эффективности и безопасности применяемых препаратов и применять их в исследовательской деятельности.

Знать: основные принципы рациональной фармакотерапии кожных и венерических болезней.

Уметь: диагностировать, лечить, реабилитировать больных с кожной патологией патологией, уметь определить риск побочных эффектов и осложнений лекарственной терапии. Проводить научные исследования, эксперименты, фиксировать результаты.

Владеть: методами и критериями определения эффективности применения системных и местных лекарственных средств, базовыми принципами фармакотерапии, применением их в исследовательской деятельности.

1.3 Место дисциплины в структуре образовательной программы: часть образовательной программы. БЛОК 1 – Образовательные дисциплины (модули). Вариативная часть. Дисциплина по выбору аспиранта.

2. Требования к результатам освоения дисциплины.

Изучение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

№ п/п	Код компетенции	Содержание компетенции (или ее части)
Универсальные компетенции		
1.	УК-1	способность к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях
2.	УК-4	готовность использовать современные методы и технологии научной коммуникации на государственном и иностранном языках
3	УК-5	способность следовать этическим нормам в профессиональной деятельности
Общепрофессиональные компетенции		
1.	ОПК-4	готовность к внедрению разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан
2.	ОПК-5	способность и готовностью к использованию лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных
Профессиональные компетенции		
1.	ПК-5	способность критически анализировать результаты научного исследования по специальности и на их основе синтезировать новые знания в этой области

2.1 Перечень компетенций и результатов обучения в процессе освоения дисциплины

Компетенция (код)	Результаты обучения	Виды занятий	Оценочные средства
УК-1	Знать: основные методы научно-исследовательской деятельности в избранной профессиональной области, в том числе и в междисциплинарных областях Уметь: генерировать и анализировать варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать	Лекции, семинарские и практические занятия, самостоятельная работа аспиранта	Собеседование по вопросам Тесты

	<p>потенциальные реализации этих вариантов</p> <p>Владеть: навыками оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях</p>		
УК-4	<p>Знать: современные методы и технологии научной коммуникации и возможности их использования на государственном и иностранном языках</p> <p>Уметь: использовать современные методы и технологии научной коммуникации, применять их на государственном и иностранном языках</p> <p>Владеть: навыками применения современных методов и технологий научной коммуникации на государственном и иностранном языках</p>	Лекции, семинарские и практические занятия, самостоятельная работа аспиранта	Собеседование по вопросам Тесты
УК-5	<p>Знать: современные подходы к моделированию научно-педагогической деятельности, требования общества, предъявляемые к науке и научным работникам</p> <p>Уметь: формулировать задачи своего личностного и профессионального роста, выбирать и эффективно использовать образовательные технологии, методы и средства обучения с целью обеспечения планируемого уровня личностного и профессионального развития, оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность</p> <p>Владеть: навыками профессионально-творческого саморазвития</p>	Лекции, семинарские и практические занятия, самостоятельная работа аспиранта	Собеседование по вопросам Тесты
ОПК-4	<p>Знать: алгоритм подготовки разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан к внедрению в практическое здравоохранение с учетом структуры современной системы здравоохранения</p> <p>Уметь: генерировать новые методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан с высоким потенциалом эффективности и целесообразности внедрения в практическое здравоохранение</p> <p>Владеть: навыками внедрения разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан на основе сравнительного анализа конечных научных результатов</p>	Лекции, семинарские и практические занятия, самостоятельная работа аспиранта	Собеседование по вопросам Ситуационные задачи Тесты
ОПК-5	<p>Знать: современные методы лабораторной и инструментальной диагностики</p> <p>Уметь: использовать современные технологии для получения научных результатов</p> <p>Владеть: навыками реализации диагностических методов и анализа</p>	Лекции, семинарские и практические занятия, самостоятельная работа аспиранта	Собеседование по вопросам Ситуационные задачи Тесты

	результатов полученных научных данных		
ПК-5	<p>Знать: алгоритмы планирования и проведения научного исследования по разделам специальности внутренние болезни, методы анализа результатов исследования, возможности и ограничения для их внедрения в клиническую практику</p> <p>Уметь: использовать на практике данные научного исследования по разделам специальности внутренние болезни, критически их анализировать и получать на их основе новые знания</p> <p>Владеть: навыками критически анализировать результаты научного исследования по разделам специальности внутренние болезни (14.01.04) и на их основе синтезировать новые знания в этой области</p>	Лекции, семинарские и практические занятия, самостоятельная работа аспиранта	Собеседование по вопросам Ситуационные задачи Тесты

3. Содержание дисциплины. Распределение трудоемкости дисциплины.

3.1. Содержание дисциплины:

<i>№</i>	<i>Наименование раздела</i>	<i>Код компетенции</i>	<i>Содержание раздела</i>
1	Рациональная фармакотерапия в дерматовенерологии	<i>УК-1, УК-4, УК-5, ОПК 4-5, ПК 5</i>	<p>1. Стратегия доказательной медицины. Стоимость и эффективность лечебных мероприятий при кожных и венерических заболеваниях. Особенности взаимодействия лекарственных средств, применяемых при данных заболеваниях. Побочные эффекты лекарственных средств.</p> <p>2. Медикаментозное лечение аллергодерматозов. Принципы медикаментозного лечения. Основные классы антигистаминных препаратов средств. Индивидуальный подбор терапии.</p> <p>3. Выбор типа лечения в зависимости от типа псориаза. Принципы медикаментозного лечения. Основные классы препаратов. Классификация. Механизмы действия. Показания и противопоказания. Индивидуальный подбор терапии. Критерии эффективности терапии.</p> <p>4. Ретиноиды. Классы. Показания к назначению. Противопоказания.</p>

			Побочные эффекты. Антибиотикотерапия. Показания и противопоказания к применению. Современный алгоритм медикаментозной терапии акне. 5.Механизмы действия современных увлажняющих средств. Показания и противопоказания. Побочные эффекты. 6.Принципы лечения сифилиса. Медикаментозная терапия. Выбор препарата.
--	--	--	---

3.2. Распределение трудоемкости дисциплины и видов учебной работы по годам:

Вид учебной работы	Трудоемкость		Трудоемкость по годам (АЧ)		
	объем в зачетных единицах (ЗЕ)	объем в академических часах (АЧ)	1	2	3
Аудиторная работа, в том числе	1	36	-	36	-
Лекции (Л)		9	-	9	-
Семинарские занятия (СЗ)/Практические занятия (ПЗ)	1	27	-	27	-
Самостоятельная работа аспиранта (СР)	2	72	-	72	-
Промежуточная аттестация					
Зачет/Экзамен(указать вид)			-	Зачет	-
ИТОГО	3	108	-	108	-

3.3. Разделы дисциплины «Рациональная терапия в дерматовенерологии», виды учебной работы и формы текущего контроля:

п/№	№ семестра	Наименование раздела дисциплины	Виды учебной работы (в АЧ)				Оценочные средства
			Л	СЗ/ПЗ	СРС	Всего	
1.	3	Раздел 1. Стратегия доказательной медицины.	1	6	18	25	тестирование письменное
2.	3	Раздел 2. Лечение аллергодерматозов	1	4	16	21	собеседование по ситуационным задачам тестирование письменное
3.	4	Раздел 3. Медикаментозная терапия псориаза.	2	4	12	18	собеседование по ситуационным задачам тестирование

							письменное
4.	4	Раздел 4. Медикаментозная терапия угревой болезни	2	4	12	18	собеседование по ситуационным задачам тестирование письменное
5.	4	Современные наружные увлажняющие средства.	2	4	8	14	собеседование по ситуационным задачам тестирование письменное
6	4	Раздел 6. Медикаментозная терапия сифилиса и ИППП	1	5	6	12	собеседование по ситуационным задачам тестирование письменное
		ИТОГО (всего - АЧ):	9	27	72	108	Дифференцированный зачет

3.4. Распределение лекций по «Рациональная фармакотерапия в дерматовенерологии» по годам:

n/№	Наименование тем лекций	Объем в АЧ		
		1	2	3
1.	Стратегия доказательной медицины.	-	1	-
2.	Лечение аллергодерматозов	-	1	-
3.	Медикаментозная терапия псориаза.	-	2	-
4.	Медикаментозная терапия угревой болезни	-	2	-
5.	Современные наружные увлажняющие средства.	-	2	-
6.	Медикаментозная терапия сифилиса и ИППП	-	1	-
...	ИТОГО (всего - АЧ)	-	9	-

3.5. Распределение тем семинарских/практических занятий по «Рациональная фармакотерапия в дерматовенерологии» по годам:

n/№	Наименование тем занятий	Объем в АЧ		
		1	2	3
1.	Стратегия доказательной медицины	-	6	-
2.	Лечение аллергодерматозов	-	4	-
3.	Медикаментозная терапия псориаза.	-	4	-
4.	Медикаментозная терапия угревой болезни	-	4	-
5.	Современные наружные увлажняющие средства.	-	4	-
6.	Медикаментозная терапия сифилиса и ИППП	-	5	-
...	ИТОГО (всего - АЧ)	-	27	-

3.6. Распределение самостоятельной работы (СР) по «Рациональная фармакотерапия в дерматовенерологии» по видам и годам:

п/№	Наименование вида СР	код компетенции	Объем в АЧ		
			1	2	3
1.	Стратегия доказательной медицины	УК-1, УК-4, УК-5, ОПК 4-5, ПК 5	-	18	-
2.	Лечение аллергодерматозов	УК-1, УК-4, УК-5, ОПК 4-5, ПК 5	-	16	-
3.	Медикаментозная терапия псориаза.	УК-1, УК-4, УК-5, ОПК 4-5, ПК 5	-	12	-
4.	Медикаментозная терапия угревой болезни	УК-1, УК-4, УК-5, ОПК 4-5, ПК 5	-	12	-
5.	Современные наружные увлажняющие средства.	УК-1, УК-4, УК-5, ОПК 4-5, ПК 5	-	8	-
6.	Медикаментозная терапия сифилиса и ИППП	УК-1, УК-4, УК-5, ОПК 4-5, ПК 5	-	6	-
	ИТОГО (всего - АЧ)		-	72	-

4. Оценочные средства для контроля успеваемости и результатов освоения дисциплины «Рациональная терапия в дерматовенерологии».

4.1. Формы текущего контроля и промежуточной аттестации, виды оценочных средств:

№ п/п	№ года	Формы контроля*	Наименование раздела дисциплины	Оценочные средства		
				Виды**	Кол-во вопросов в задании	Кол-во независимых вариантов
1.	2	текущий контроль	Раздел 1. Стратегия доказательной терапии.	тестирование письменное	10	2
2.	2	текущий контроль	Раздел 2. Лечение аллергодерматозов.	тестирование письменное	10	2
3.	2	текущий контроль	Раздел 3. Медикаментозная терапия псориаза.	собеседование по сит.задачам тестирование письменное	2 10	10 2
4.	2	текущий контроль	Раздел 4. Медикаментозная терапия акне.	собеседование по сит.задачам тестирование письменное	2 10	10 2
5.	2	текущий контроль	Раздел 5. Современные увлажняющие средства.	собеседование по сит.задачам	2	10

6.	2	текущий контроль	Раздел 6. Фармакотерапия сифилиса и ИПППП.	собеседование по сит.задачам	2	10
----	---	------------------	--	------------------------------	---	----

4.2. Примеры оценочных средств:

Тесты (только 1 вариант правильный)

- 1) Что является наиболее целесообразным назначением при острой реакции лекарственной гиперчувствительности:
 - А. Системные стероиды
 - Б. Высокие дозы внутривенного иммуноглобулина G
 - С. Поиск и прекращение приема лекарства-причины развития реакции
 - Д. Местные кортикостероиды

- 2) Кофакторы, активирующие иммунную систему являются риском развития тяжелых токсикодермий. Что из перечисленного не известно как важный фактор риска?
 - А. Вич-инфекция
 - Б. Вирус герпеса человека, 6 тип
 - С. Частая и продолжительная фармакотерапия хронических заболеваний
 - Д. Вульгарный псориаз

- 3) Когда следует проводить наблюдение и лечение побочных реакций на лекарства:
 - А. Во время реакции
 - Б. В течение 2 недель после реакции
 - С. от 6 недель до 6 месяцев после реакции
 - Д. Никогда не поздно производить наблюдение

- 4) Начальное высыпание при акне – это:
 - А. Микрокомедон
 - Б. Закрытый комедон
 - С. Открытый комедон
 - Д. Папула
 - Е. Пустула

Пример тестов (несколько ответов могут быть правильными)

1. На приеме у дерматолога пациента, 35 лет, у которой после использования крема для рук «Топи-крем» на тыле кистей появились участки покраснения и отечности с последующим образованием на этом фоне зудящих мелких пузырьков, эрозий с обильным выделением серозной жидкости. Данная клиническая картина характерна:

- 1) Для аллергического дерматита
- 2) микробной экземы
- 3) простого дерматита
- 4) токсикодермии
- 5) атопического дерматита

2. В стадии мокнутия для наружной терапии экземы применяются:

- 1) присыпки
 - 2) аэрозоли
 - 3) пасты
 - 4) растворы для примочек
 - 5) взбалтываемые взвеси
3. Укажите лечебные мероприятия, применяемые при медикаментозной токсикодермии от перорального приема антибиотиков:
- 1) прекращение приема медикаментов
 - 2) обильное питье
 - 3) Диуретики
 - 4) Противовоспалительная местная терапия
 - 5) Назначение общих ванн
4. По поводу ангины больному был назначен доксициклин, который он неоднократно принимал ранее. На второй день лечения явления ангины стали разрешаться, общее состояние нормализовалось, температура снизилась, однако на коже появилась обильная сыпь в виде розовых пятен, сопровождающаяся жжением. Появление сыпи можно рассматривать как проявление:
- 1) Аллергического контактного дерматита
 - 2) Простого контактного дерматита
 - 3) Медикаментозной токсикодермии
 - 4) Истинной острой экземы
 - 5) Острой крапивницы
5. При развитии аллергического контактного дерматита кистей от стирального порошка необходимо:
- 1) Прекратить пользование стиральным порошком
 - 2) Исключить частое мытье рук
 - 3) Назначить внутрь Зиртек
 - 4) Назначить местно крем «Элоком»
 - 5) Применять при стирке местные защитные средства
6. Причинами развития аллергического дерматита могут быть
- 1) Металлические украшения
 - 2) Синтетические ткани
 - 3) Моющие средства
 - 4) Декоративная косметика
 - 5) Горчичники
7. Общую кортикостероидную терапию при экземе назначают в случаях:
- 1) Большой распространенности процесса
 - 2) Резистентности к обычной терапии
 - 3) Упорного течения
 - 4) Присоединения вторичной инфекции
8. Назовите лекарственные препараты, назначаемые при острой экземе:
- 1) Антигистаминные
 - 2) Диуретики
 - 3) Витамин С
 - 4) Кортикостероиды
 - 5) Препараты кальция

9. Назовите основные меры профилактики медикаментозной токсикодермии:
- 1) Сбор аллергологического анамнеза
 - 2) Одновременный или предварительный прием антигистаминных препаратов
 - 3) Гипоаллергенная диета
 - 4) Недолгое применение аллергенных медикаментов
 - 5) Исключение одновременного применения большого количества лекарств
10. Назовите наружные кортикостероидные средства, которые целесообразно назначать при микробной экземе:
- 1) Тридерм
 - 2) Элоклм
 - 3) Целестодерм с гарамицином
 - 4) Адвантан
 - 5) Флуцинар
-
11. Укажите современные наружные средства, применяемые для лечения псориаза:
- 1) Дипросалик
 - 2) Ламизил
 - 3) Дайвонекс
 - 4) Бактробан
 - 5) Микоспор
12. Назовите современные лекарственные препараты, являющиеся эффективными при псориазе:
- 1) Сандиммун неорал
 - 2) Неотигазон
 - 3) Дипроспан
 - 4) Делагил
 - 5) Орунгал
13. Для местного лечения больных псориазом применяют следующие средства:
- 1) Лосьон «Дипросалик»
 - 2) Крем «дайвонекс»
 - 3) Мазь «Элоком»
 - 4) Гель «Дифферин»
 - 5) Мазь «дермовейт»
14. Для лечения красного плоского лишая применяются:
- 1) Плаквенил
 - 2) Дипроспан
 - 3) Кларитин
 - 4) Сонапакс
 - 5) Нистатин
15. Для лечения псориаза эффективными физиотерапевтическими методами являются:
- 1) Селективная фототерапия
 - 2) Озонотерапия
 - 3) Фотохимиотерапия
 - 4) Оксигенотерапия

5) Криотерапия

16. Для лечения красного плоского лишая применяют следующие физиотерапевтические процедуры:

- 1) фотохимиотерапию
 - 2) озонотерапию
 - 3) криодеструкцию
 - 4) рефлексотерапию
 - 5) парафиновые аппликации
-

17. Укажите препарат, который применяют для очищения поверхности твердого шанкра перед исследованием на бледную трепонему:

- 1) 2% раствор борной кислоты
- 2) 0,02% раствор фурациллина
- 3) Раствор хлоргексидина
- 4) 0,9% раствор хлорида натрия
- 5) 10% раствор хлорида натрия

18. Для обнаружения бледных трепонем применяется:

- 1) Окраска метиленовым синим
- 2) Серебрение по Морозову
- 3) Окраска по Романовскому-Гимзе
- 4) Исследование нативных препаратов в темном поле
- 5) Культивирование на питательных средах

19. Для индивидуальной профилактики ИППП, в частности сифилиса, могут применяться следующие препараты:

- 1) Мирамистин
- 2) Цидипол
- 3) Хлоргексидина биглюконат
- 4) 10% раствор хлорида натрия
- 5) Раствор перманганата калия

20. К дюрантным препаратам для лечения сифилиса относят:

- 1) Сумамед
- 2) Бициллин-3
- 3) Таривид
- 4) Экстенциллин
- 5) Роцефин

21. Условиями назначения неспецифической терапии сифилиса являются:

- 1) Поздняя форма заболевания
- 2) Врожденный сифилис
- 3) Сопутствующие заболевания
- 4) Непереносимость антибиотиков
- 5) Скрытое течение заболевания

22. В начале лечения больного с диагнозом сифилитического аортита, осложненного аневризмой аорты, можно применять следующие препараты:

- 1) Пенициллин
- 2) Доксициклин

- 3) Ретарпен
 - 4) Эритромицин
 - 5) Бициллин-3
23. К специфическим препаратам, применяемым для лечения больных сифилисом, относятся:
- 1) Препараты пенициллина
 - 2) Пирогенные препараты
 - 3) Цефалоспорины
 - 4) Витамины
 - 5) Иммуномодуляторы
24. Больному, страдающему алкоголизмом, с диагнозом вторичного рецидивного сифилиса в лечение могут быть включены следующие препараты
- 1) Витамины
 - 2) Иммуномодуляторы
 - 3) Антибиотики
 - 4) Антигистаминные препараты
 - 5) Транквилизаторы
25. Средствами неспецифического лечения сифилиса являются:
- 1) Пирогенал
 - 2) Продигиозан
 - 3) Циклоферон
 - 4) Тетрациклин
 - 5) Иммунал
26. Трепонемацидным действием обладают следующие препараты:
- 1) Антибиотики тетрациклинового ряда
 - 2) Препараты висмута
 - 3) Антибиотики тетрациклинового ряда
 - 4) Препараты йода
 - 5) Препараты ртути
27. Основными принципами противосифилитического лечения являются:
- 1) Достаточная продолжительность
 - 2) Интенсивность
 - 3) Комбинированность
 - 4) Комплексность
 - 5) Очередность
28. Превентивное лечение пациенту, имевшему половой контакт с больной сифилисом женщиной, назначается, если после контакта прошло:
- 1) 3 мес
 - 2) 1-2 нед
 - 3) Более 2 мес
 - 4) до 2 мес
 - 5) 6 мес
29. Критериями излеченности сифилиса являются:
- 1) Проведенное полноценное лечение
 - 2) Благополучный период клинико-серологического наблюдения

- 3) Отсутствие признаков сифилиса при обследовании по всем органам и системам
- 4) Отрицательная реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ)
- 5) Отрицательная реакция иммунофлюоресценции (РИФ)

30. Часто при лечении пенициллинами встречается осложнение:

- 1) Эмболия легкого
- 2) Нефропатия
- 3) Полиневриты
- 4) Некроз на месте инъекций
- 5) Анафилактический шок

31. Особенностью лечения поздних форм сифилиса является применение:

- 1) В начале лечения таблетированных антибиотиков резерва
- 2) В начале лечения иммуномодуляторов
- 3) Только тетрациклиновых антибиотиков
- 4) Только дюранных антибиотиков
- 5) Неспецифических препаратов

32. Время исчезновения бледной трепонемы с поверхности сифилидоа при лечении пенициллином составляет:

- 1) 10 ч
- 2) 3 ч
- 3) 24 ч
- 4) 25-70 ч
- 5) 90 ч

33. В случае непереносимости препаратов пенициллина назначают лечение:

- 1) Сумамедом
- 2) Препаратами висмута
- 3) Пирогеналом
- 4) Ретарпенон
- 5) Кибитаном (хлоргексидина биглюконат)

34. Трепонемацидной концентрацией антибиотика в сыворотке крови является:

- 1) 0,01 ЕД/мл
- 2) 0,03 ЕД/мл
- 3) Менее 0,03 ЕД/мл
- 4) 0,005 ЕД/мл
- 5) Менее 0,01 ЕД/мл

35. Частота введения больному сифилисом бензилпенициллина по 400 тыс. ЕД для поддержания его трепонемацидной концентрации в крови составляет каждые:

- 1) 12 ч
- 2) 3 ч
- 3) 6 ч
- 4) 8 ч
- 5) 24 ч

36. Для оечения сифилиса не применяется антибиотик:

- 1) Роцефин
- 2) Тетрациклин
- 3) Ретарпен

- 4) Авелокс
- 5) Пенициллин

37. трепонемацидным действием обладают препараты

- 1) висмута
- 2) мышьяка
- 3) йода
- 4) ртути
- 5) пенициллина

38. Дюрантные препараты пенициллина (ретарпен, экстенциллин) применяются во всех случаях, кроме:

- 1) Превентивного лечения
- 2) Лечения нейросифилиса
- 3) Лечения первичного сифилиса
- 4) Профилактического лечения
- 5) Лечения вторичного свежего сифилиса

39. Превентивное лечение - это:

- 1) Лечение пациента, находившегося в контакте с больным сифилисом, если с момента контакта прошло не более 2 мес.
 - 2) Лечение в случае непереносимости антибиотиков пенициллинового ряда
 - 3) Лечение беременных женщин, больных сифилисом
 - 4) Лечение поздних форм сифилиса
 - 5) Лечение врожденного сифилиса у детей
-

40. На прием обратился пациент, 26 лет, с жалобами на обильные гнойные выделения из уретры, сопровождающиеся режями во время мочеиспускания, появившиеся через 6 дней после случайного полового контакта. При микроскопическом исследовании отделяемого с окраской по Граму и метиленовым синим на фоне значительного лейкоцитоза обнаружены внутриклеточные диплококки и жгутиковые простейшие. Диагноз?:

- 1) Гонорейный уретрит
- 2) Бактериальный уретрит
- 3) Смешанный трихомонадно-гонорейный уретрит
- 4) Трихомонадный уретрит
- 5) Урогенитальный уретрит

41. При лечении данного пациента могут быть применены следующие варианты лечения:

- 1) Сначала лечение гонореи, затем трихомониаза
- 2) Сначала лечение трихомониаза, затем гонореи
- 3) Лечение только гонореи
- 4) Одновременное лечение обеих инфекций
- 5) Сочетание системной терапии и физиотерапевтического лечения

42. Укажите препараты, которые могут быть использованы в лечение этого пациента:

- 1) Доксициклин
- 2) Орнидазол
- 3) Нистатин
- 4) Трихопол

- 5) Ламизил
43. При лечении смешанного гонорейно-хламидийного уретрита наиболее эффективны:
- 1) Роцефин
 - 2) Авелокс
 - 3) Доксициклин
 - 4) Сумамед
 - 5) Эритромицин
44. При гонорейном уретрите эффективны препараты нижеперечисленных групп:
- 1) Тетрациклины
 - 2) Макролиды
 - 3) Фторхинолоны
 - 4) Цефалоспорины
 - 5) Имидазолы
45. В случае доказанности у пациента трихомонадной природы уретрита лечение можно проводить следующими препаратами:
- 1) Тетрациклином
 - 2) Орнидазолом
 - 3) Нистатином
 - 4) Тинидазолом
 - 5) Ацикловиром
46. При острой и подострой формах неосложненной гонореи показано лечение:
- 1) Гоновакциной
 - 2) Местными процедурами
 - 3) Антибиотиками
 - 4) Трихополом
 - 5) Пирогеналом
47. Укажите правильную тактику лечения торпидных и хронических форм гонорейной инфекции:
- 1) Иммунотерапевтические, антигистаминные препараты
 - 2) Местное лечение
 - 3) Антибактериальные препараты
 - 4) Химиотерапевтические, антибактериальные, антигистаминные препараты
 - 5) Иммунотерапевтические препараты, местное лечение
48. Общее лечение в инфекционно-токсической стадии болезни Рейтера должно предусматривать:
- 1) Дезинтоксикационную терапию
 - 2) Иммунокоррекцию
 - 3) Гипосенсибилизирующую терапию
 - 4) Физиотерапевтические процедуры
 - 5) Назначение нестероидных противовоспалительных средств
49. Наиболее информативными методами лабораторной диагностики гонореи и трихомониаза являются:
- 1) Иммунофлюоресценция
 - 2) Световая микроскопия с окраской метиленовым синим или по Граму

- 3) Полимеразная цепная реакция
 - 4) Культуральный метод
 - 5) Серологические тесты
50. Наиболее информативными методами лабораторной диагностики хламидиоза и уреаплазмоза являются:
- 1) Прямая и непрямая иммунофлюоресценция
 - 2) Световая микроскопия
 - 3) Полимеразная цепная реакция
 - 4) Серологические тесты
 - 5) Культуральный метод
51. В лечении розацеа используют:
- 1) Антиандрогены (оральные контрацептивы)
 - 2) Препараты группы имидазола (трихопол)
 - 3) Кортикостероидные гормоны
 - 4) Синтетические ретиноиды
 - 5) Антибиотики тетрациклинового ряда
52. В местной терапии вульгарных угрей используют:
- 1) Дифферин (ретиноид 3-го поколения)
 - 2) Базирон АС (бензоилпероксид)
 - 3) Скинорен (азелаиновая кислота)
 - 4) Целестодерм с гарамицином
 - 5) Тридерм
53. В лечении вульгарных угрей используют:
- 1) Антибиотики тетрациклинового ряда
 - 2) УФ-облучение (общее и местное)
 - 3) Криомассаж жидким азотом
 - 4) Антиандрогенные препараты (оральные контрацептивы)
 - 5) Синтетические ретиноиды (роаккутан)
54. Укажите заболевание, триггер-фактором которого является злоупотребление кортикостероидными мазями:
- 1) Масляные угри
 - 2) Ринофима
 - 3) Атерома
 - 4) Периоральный дерматит
 - 5) Себорейный дерматит
55. В терапии гнездной алопеции используют:
- 1) Кортикостероидные гормоны
 - 2) Антибиотики тетрациклинового ряда
 - 3) Ангиопротекторы
 - 4) Антигистаминные препараты
 - 5) Витамины группы В
56. Укажите побочные эффекты длительного лечения розацеа кортикостероидными мазями:
- 1) Атрофия кожи лица
 - 2) Тетангиоэктазии

- 3) Гипертрихоз лица
- 4) Милиумы
- 5) Гиперплазия сальных желез

57. Причинами алопеций являются:

- 1) Длительный прием цитостатиков
- 2) Лучевое воздействие
- 3) Хронические инфекции
- 4) Эндокринные нарушения
- 5) Строгая диета с быстрой потерей веса

58. Причинами медикаментозных угрей являются:

- 1) Косметические средства
- 2) Препараты йода
- 3) Стероидные гормоны
- 4) Препараты брома
- 5) Оральные контрацептивы

59. В местной терапии розацеа используются:

- 1) Молоко Видаля
- 2) Электрокоагуляция телеангиоэктазий
- 3) Примочки из настоев лекарственных средств
- 4) Криомассаж жидким азотом
- 5) Целестодерм (мазь)

60. Укажите физиотерапевтические процедуры, эффективные в терапии розацеа:

- 1) Дермабразия
- 2) Криотерапия
- 3) Диатермокоагуляция
- 4) Лазеротерапия
- 5) ПУВА-терапия

61. В лечение вульгарных угрей используют все процедуры, кроме:

- 1) Криомассажа жидким азотом
- 2) Пува-терапии
- 3) Ретиноевого пилинга
- 4) Механической чистки
- 5) Обкалывания (мезотерапии) антибиотиками

62. При лечении розацеа противопоказаны:

- 1) Антибиотики
- 2) Препараты группы имидазола
- 3) Местные кортикостероиды
- 4) Синтетические ретиноиды
- 5) витамины

Ситуационные задачи:

Ситуационная задача №1

Больной Н., 45 лет обратился к дерматовенерологу с жалобами на покраснение и образование крупных пузырей на слизистой рта и коже туловища и конечностей. Высыпания сопровождаются жжением, болезненностью. Также беспокоит общее недомогание, слабость, повышение температуры тела до 39,0°С.

An. morbi: Болен в течение двух дней. Стала беспокоить болезненность слизистой рта и кожи туловища и конечностей. Затем в очагах появилось покраснение и стали образовываться крупные пузыри. В дальнейшем количество пузырей стало быстро увеличиваться. При малейшей травматизации пузыри вскрываются с образованием болезненных эрозий. Причину заболевания не знает. В беседе выяснилось, что около недели назад по поводу ОРВИ самостоятельно принимал бисептол и ампициллин.

An. vitae: Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ, ангину. Наследственность не отягощена. Курит, алкоголем не злоупотребляет. В анамнезе аллергическая реакция по типу крапивницы на употребление малины и укусы перепончатокрылых.

St. praesens: Общее состояние ближе к средней степени тяжести. t тела 38,8° С. Кожные покровы вне высыпаний бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет. ЧСС - 100 в мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края правой реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

St. localis: Кожный процесс распространенный. На коже туловища, шеи, конечностей отмечаются обширные очаги с тенденцией к слиянию. В очагах отмечается гиперемия, отек, обширные пузыри с тонкой дряблой покрывкой и прозрачным содержимым и ярко-красные эрозии. Визуально кожа напоминает обожженную кипятком. При прикосновении кожа резко болезненна, отслаивающийся эпителий под пальцами скользит и сморщивается. При трении видимо здоровой кожи отмечается образование пузыря, а затем и эрозии. На слизистой рта, в зеве – яркая эритема, обширные пузыри, болезненные эрозии.

Лабораторные показатели:

Общий анализ крови: Нв – 160 г/л, СОЭ – 30 мм/час, L – $2,0 \times 10^9$ /л. Лейкоформула: Б – 0%, Э – 0%, П – 25%, С – 40%, Л – 30%, М – 5%. Токсическая зернистость нейтрофилов.

Мочевина крови 12,0 ммоль/л

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, уд. вес – 1005, сахар – отр., белок – 0,2 г/сут., L – 3-5 в п/зр., эритроциты – 3-4 в п/зр., цилиндры – 2-3 в п/зр. соли – отс.

Задание

1. Поставить диагноз.
2. Каковы наиболее частые причины развития заболевания?
3. Какие лекарственные средства могут быть причиной аллергических и токсико-аллергических болезней кожи?
4. Через какое время после приема лекарственных препаратов появляются клинические признаки синдрома?
5. Какие гистологические изменения отмечаются при данном заболевании?
6. Какие органы и системы помимо кожи и слизистых наиболее часто страдают при этом синдроме?
7. Каков прогноз при данном состоянии?
8. Возможные причины гибели больного.
9. В какое отделение должен быть госпитализирован больной?
10. Основные направления системной терапии.
11. Цель применения антибиотиков при данном заболевании, выбор препарата.
12. Симптоматическая терапия в комплексе лечения.

13. Какие условия необходимо создать для больного?
14. Принципы местного лечения.
15. Мероприятия по профилактике заболевания. Наблюдение за больными перенесшими синдром.

Ситуационная задача № 2

Больная Н., 40 лет обратилась к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже грудной клетки справа, сопровождающиеся жгучими болями.

An. morbi: Больна в течение 5 дней. Появилась болезненность кожи в области грудной клетки. Высыпания на коже появились около 2 дней назад. Заболевание связывает с переохлаждением. Самостоятельно принимала анальгин, после чего интенсивность боли уменьшалась.

An. vitae: Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ, острый гайморит. Страдает хроническим колитом. Наследственность не отягощена. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез без особенностей.

St. praesens: Общее состояние удовлетворительное. t тела $36,8^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы вне высыпаний обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 70 в мин. АД – 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края правой реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

St. localis: На коже грудной клетки справа по ходу IV ребра отмечаются овальные и округлые очаги с четкими контурами. В очагах на фоне эритемы и отека – сгруппированные пузырьки диаметром 3-4 мм с мутноватым содержимым. В центре некоторых пузырьков пупковидное вдавление.

Лабораторные показатели:

Общий анализ крови: Нб – 127 г/л, СОЭ – 15 мм/час, L – $7,2 \times 10^9$ /л, Э – 2%, П – 1%, С – 58%, Л – 36%, М – 3%.

Сахар крови 5,4 ммоль/л

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, уд. вес – 1021, осадка – нет, белок – отр., L – 1-2 в поле зрения, сахар – отр., соли – отр., эритроциты – отр.

Задание

1. Поставить диагноз.
2. Возбудитель заболевания, его особенности, пути передачи.
3. Локализация возбудителя в организме человека.
4. Экзогенные причины развития заболевания.
5. Излюбленная локализация высыпаний.
6. Какие заболевания может симулировать этот дерматоз до появления высыпаний на коже?
7. Течение болезни. На фоне каких заболеваний возможно рецидивирующее течение дерматоза?
8. Атипичные формы заболевания.
9. Наиболее часто встречающиеся осложнения дерматоза.
10. Дифференциальная диагностика заболевания с простым пузырьковым лишаем.
11. Принципы лечения дерматоза.

12. Современные противовирусные препараты для системной терапии.
13. Местное лечение заболевания.
14. Современные противовирусные средства для местного применения.
15. Физиолечение заболевания.

Ситуационная задача № 3

Больная А, 12 лет направлена педиатром на консультацию дерматовенеролога в связи с наличием высыпаний на коже голеней. Субъективно высыпания не беспокоят.

An. morbi: Впервые появление «гнойников» на коже голеней отмечает около 2 лет назад, после небольшой травмы. После этого высыпания появлялись еще 2 раза. «Гнойники» долго (около полугода) не заживали, оставляя после себя рубцы.

An. vitae: Воспитывается в детском доме, так как мать лишена родительских прав. В анамнезе ОРВИ, ветряная оспа в 7 лет, краснуха в 10 лет. Отстает от ровесников в росте и развитии. В школе успевает плохо. Аллергологический анамнез без особенностей.

St. praesens: Общее состояние удовлетворительное. t тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены.

Status localis: На коже передней поверхности левой голени отмечается плотно-эластический безболезненный спаянный с кожей узел медно-красного цвета величиной с лесной орех. На коже обеих голеней отмечаются 2 слегка втянутых «звездчатых» рубца.

При осмотре ротовой полости отмечается сужение режущих свободных краев верхних средних резцов и наличие на них полулунных выемок.

Лабораторные показатели:

Общий анализ крови: Hb – 119 г/л, СОЭ – 7 мм/час, L – $5,4 \times 10^9$ /л, Э – 2%, С – 56%, Л – 38%, М – 4%.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, уд. вес – 1021, осадка – нет, белок – отр., L – 3-4 в поле зрения, сахар – отр., соли – отр., эритроциты – отр.

Серологические реакции крови на сифилис (RW, РИБТ, РИФ) положительные.

Задание

1. Поставить диагноз.
2. Пути попадания бледных трепонем из организма матери к плоду.
3. С какого срока беременности в органах и тканях плода начинают появляться сифилитические патологические изменения.
4. Классификация врожденного сифилиса.
5. Для какого возраста характерно появление клинических признаков этой формы сифилиса.
6. Активные проявления данной формы сифилиса на коже и слизистых.
7. Достоверные признаки этой формы заболевания.
8. Вероятные признаки этой формы сифилиса.
9. Дистрофии (стигмы) – косвенные признаки данной формы заболевания.
10. Почему аномалии костей и зубов возникают при врожденном сифилисе, но не встречаются при приобретенных формах.
11. Клиника паренхиматозного кератита.
12. Клиника специфического лабиринтита.
13. План лечения.

14. Продолжительность клинико-серологического контроля при данной форме сифилиса. Минимум обследования при снятии с учета.
15. Профилактика врожденного сифилиса.

Ситуационная задача № 4

Больная А., 32 лет, вызвана в КВД как половой контакт больного сифилисом. Жалоб нет. Лечение антибиотиками в течение последнего года отрицает.

Эпид. анамнез: Разведена. В течение 6 месяцев периодически имела половые контакты с Н., 30 лет, находящимся на учете у дерматовенеролога с диагнозом «Вторичный рецидивный сифилис». Последний половой контакт с ним 2 недели назад. Другие половые связи в течение 1,5 лет отрицает.

Объективно: В левом углу рта отмечается эрозия щелевидной формы, размером 0,2×0,6 см, покрытая серозно-гемморагической корочкой. В основании эрозии пальпируется уплотнение, пальпация безболезненна. Больная называет высыпание в углу рта «простудой», связывает с переохлаждением.

На коже туловища, конечностей, слизистой рта высыпаний нет. Наружные половые органы развиты правильно. На коже правой большой половой губы отмечается язва правильной овальной формы 0,8×0,5 см с пологими краями, гладким красным дном со скудным серозным отделяемым. При пальпации в перчатке дно язвы плотное безболезненное.

Устье уретры без признаков воспаления, свободных выделений нет. При осмотре с помощью зеркала Куско стенки влагалища и шейки матки – без патологии. В перианальной области без высыпаний.

Паховые лимфатические узлы с обеих сторон и подчелюстные узлы слева увеличены до размеров фасоли, плотно-эластические, безболезненные, не спаянные между собой и с окружающими тканями.

Данные дополнительных методов исследования: Бледная трепонема с язвы вульвы (+) найдена. RW, РМП, ИФА и РПГА на сифилис 3+ (положительные).

ИФА на ВИЧ (–) отрицательный. В мазке из уретры и канала шейки матки – без патологии.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Назовите ориентировочные сроки заражения.
3. Заразна ли пациентка для окружающих?
4. Каковы могут быть причины удлинения и укорочения инкубационного периода этой инфекции?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
6. Назовите формы существования возбудителя инфекции. В каких случаях происходит трансформация в цисту и L-форму?
7. Какова устойчивость возбудителя в окружающей среде?
8. Назовите пути передачи инфекции.
9. Назовите продолжительность основных периодов этой инфекции.
10. Каковы три основных клинических признака данной стадии заболевания?
11. Опишите классический твердый шанкр.

12. Как твердые шанкры разделяют в зависимости от локализации? Поясните термин «биполярный твердый шанкр».

13. Назовите и кратко охарактеризуйте атипичные твердые шанкры.

14. Через какое время после появления шанкра возникает специфический лимфаденит?

15. Какие осложнения твердого шанкра возможны у мужчин и женщин?

Ситуационная задача № 5

Больной Ж., 32 лет, обратился к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже половых органов. Язву на половом члене заметил около 1,5 месяцев назад, несколько раз смазывал ее тетрациклиновой мазью без особого эффекта.

Эпид. анамнез: Разведен. Последний половой контакт с бывшей женой около 1 года назад. В течение последнего года имел несколько случайных незащищенных половых связей с малознакомыми женщинами, последний раз – 10 дней назад.

Объективно: На коже туловища отмечается обильная симметричная пятнистая сыпь. Элементы сыпи медно-красного цвета округлые, диаметром с небольшую монетку, контуры пятен четкие, шелушения нет.

Наружные половые органы развиты правильно. На коже головки полового члена, справа от средней линии отмечается язва правильной округлой формы диаметром 6-7 мм, покрытая серозно-гемморагической корочкой. При пальпации отмечается уплотнение в основании язвы.

Губки уретры не воспалены, свободных выделений нет. Органы мошонки без патологии. В перианальной области без высыпаний.

Шейные, подчелюстные, подмышечные, паховые лимфатические узлы плотно-эластические, безболезненные, не спаянные между собой и с окружающими тканями. Паховые и подмышечные увеличены до размеров фасоли, шейные и подчелюстные – до крупной горошины.

Данные дополнительных методов исследования: Бледная трепонема с язвы полового члена (–) не найдена. Серологические реакции крови на сифилис: RW 4+ (резко положительная), РМП, ИФА, РПГА 3+ (положительные).

ИФА на ВИЧ (–) отрицательный. В мазке из уретры – без патологии.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Назовите ориентировочные сроки заражения.
3. Могла ли быть источником заражения бывшая жена пациента?
4. Почему с язвы на половом члене не обнаружена бледная трепонема?
5. Заразен ли пациент для окружающих?
6. Какова продолжительность вторичного сифилиса? Из каких подпериодов он состоит?
7. Как ведут себя классические серологические реакции (микрореакция преципитации, реакция Вассермана) при вторичном сифилисе?
8. Назовите пять основных сифилидов вторичного сифилиса и укажите их общие черты.
9. На примере розеолы, укажите отличия элементов при вторичном свежем и вторичном рецидивном сифилисе.
10. Назовите атипичные формы сифилитической розеолы.
11. С какими кожными и инфекционными заболеваниями надо дифференцировать сифилитическую розеолу?

12. С какими болезнями надо дифференцировать сифилитические папулы на гладкой коже, на ладонях и подошвах, в аногенитальной области?

13. На фоне каких заболеваний и состояний возможно появление пустулезных элементов при вторичном сифилисе?

14. Каковы сроки развития сифилитической алопеции и лейкодермы? На специфическое поражение какой системы организма косвенно указывает появление данных сифилидов?

15. Проведите дифференциальный диагноз сифилитической и стрептококковой ангины.

Ситуационная задача № 6

При профилактическом осмотре у **больного Б.**, 30 лет выявлена положительная серологическая реакция крови на сифилис, по поводу чего он был направлен на обследование в КВД. Жалоб нет.

Эпид. анамнез: Женат в течение 5 лет, последняя половая связь с женой 3 дня назад. Жена обследована в КВД: данных за ИППП нет. 4 месяца назад имел незащищенную случайную половую связь с женщиной, у которой знает только имя. Никаких высыпаний у себя не замечал. 3 месяца назад по поводу ангины в течение 2 дней принимал эритромицин.

Объективно: На коже головы, туловища, конечностей, слизистой рта высыпаний нет. Наружные половые органы развиты правильно, патологических высыпаний нет. Губки уретры не воспалены, свободных выделений нет. Органы мошонки без патологии. В перианальной области без высыпаний. Паховые и подмышечные лимфатические узлы размером с фасоль, подвижные и безболезненные.

Данные дополнительных методов исследования: Серологические реакции крови на сифилис: RW 4+ (резко положительная), титр 1:80. РМП, ИФА, РПГА 3+ (положительные).

ИФА на ВИЧ (–) отрицательный. В мазке из уретры: гонококк и влагалищная трихомонада (–) не обнаружены, L – 3-4 в поле зрения, клетки эпителия – 3-5 в поле зрения.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Заразен ли больной для окружающих?
3. Чем можно объяснить скрытое течение заболевания у пациента?
4. Какова должна быть тактика в отношении супруги пациента?
5. Какова вероятность проявления реакции Геркстгеймера при начале курса антибиотикотерапии у этого больного?
6. Какова длительность течения заболевания при раннем и при позднем скрытом сифилисе?
7. В чем заключается опасность раннего и позднего скрытого сифилиса?
8. На основании данных анамнеза, объективного осмотра и лабораторной диагностики проведите дифференциальный диагноз раннего и позднего скрытого сифилиса.
9. С какими заболеваниями и состояниями приходится дифференцировать скрытый сифилис?
10. Какие серологические реакции применяются в диагностике сифилиса в качестве скрининговых?
11. Какие серологические реакции применяются в диагностике сифилиса в качестве подтверждающих (трепонемных)?
12. Какие внутренние органы поражаются при сифилисе наиболее часто?

13. Перечислите основные клинические формы раннего и позднего нейросифилиса.

14. Что понимают под «конфронтацией» в венерологии?

15. Почему при позднем скрытом сифилисе классические серологические реакции могут быть отрицательными?

Ситуационная задача № 7

Девочка Б., 9 дней, консультирована дерматовенерологом в неонатологическом отделении детской больницы по поводу высыпаний на коже и положительных серологических реакций крови на сифилис. 3 дня назад переведена из родильного дома.

Мать поступила в родильный дом в связи с началом родовой деятельности. На учете по беременности не состояла, вела асоциальный образ жизни. В анализе крови матери (взят при поступлении) РМП на сифилис 4+ (резко положительная). По описанию акушер-гинеколога плацента была увеличена по объему и массе, «рыхлая», с кровоизлияниями. Соотношение массы последа к массе ребенка – 1:3.

После родов мать осмотрена дерматовенерологом, диагноз «вторичный рецидивный сифилис». Назвать отца ребенка мать отказалась.

Объективно: Общее состояние ребенка средней степени тяжести. Масса – 2100 гр., длина тела – 43 см. Кожа бледная, цианотичная, подкожно-жировая клетчатка выражена плохо. Лицо имеет сморщенный старческий вид. Большие половые губы не прикрывают малые. Голова диспропорционально увеличена.

На коже ладоней подошв, а также – тыла кистей и стоп отмечаются напряженные пузыри с серозным и серозно-гнойным содержимым диаметром от 0,8 до 1,5 см. В основании пузырей – плотный инфильтрат, по периферии – узкая буровато-красная каемка.

Осмотр неонатолога: гипотрофия, недоношенность, гепатоспленомегалия.

Данные дополнительных методов исследования: Бледная трепонема в содержимом пузырей (+) найдена. Серологические реакции венозной крови на сифилис (взята на 7 день жизни ребенка): RW 4+ (резко положительная), титр 1:160. РМП 4+ (резко положительная), ИФА, РПГА 3+ (положительные).

На рентгенограмме длинных трубчатых костей – признаки остеохондрита I-II степени.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Каков прогноз в данной ситуации?
3. Какова причина рождения ребенка, больного врожденным сифилисом, в данном случае?
4. Заразен ли ребенок для окружающих?
5. Проведите дифференциальный диагноз имеющейся у ребенка патологии с эпидемической пузырчаткой новорожденных.
6. Какой вид лечения должен получить ребенок? Назовите препараты выбора.
7. На каком сроке обычно происходит заражение плода сифилисом? С чем это связано?
8. Каковы пути проникновения бледной трепонемы от матери к плоду?
9. Каковы могут быть исходы беременности у больной сифилисом женщины? От чего это зависит в наибольшей степени?
10. Какие формы сифилиса у матери более опасны в плане внутриутробного инфицирования плода и почему?
11. Приведите классификацию врожденного сифилиса.
12. Клинику какой стадии приобретенного сифилиса напоминают проявления раннего врожденного сифилиса?
13. К каким негативным последствиям может привести специфический ринит?

14. Клинико-рентгенологические признаки и осложнения остеохондрита. Почему симптом Парро называют «псевдопараличом»?

15. Какие внутренние органы и отделы нервной системы наиболее часто страдают при раннем врожденном сифилисе?

Ситуационная задача № 8

Больной Е., 36 лет, направлен к дерматовенерологу урологом районной поликлиники в связи с обнаружением гонококков в мазке из уретры. Жалобы на отек и болезненность правого яичка, а также на слипание губок уретры по утрам, дискомфорт в уретре после употребления алкоголя или полового контакта. Выделения из уретры появились около 1 месяца назад, по совету друга принимал трихопол – с незначительным эффектом. Припухание яичка впервые отметил 3 дня назад, отмечает постепенное нарастание отека.

Эпид. анамнез: Не женат. Периодически имеет случайные половые связи с малознакомыми женщинами. Последняя незащищенная половая связь около 1,5 месяцев назад. Ничего о партнерше сообщить не может.

Объективно: На коже туловища, конечностей, слизистой рта высыпаний нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Наружные половые органы развиты правильно, высыпаний нет. Правое яичко увеличено в объеме в 1,5-2 раза. Кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь. Пальпируется бугристый болезненный инфильтрат.

Губки уретры слегка инфильтрированы, свободных выделений нет. При двухстаканной пробе Томпсона обе порции мочи прозрачные, содержат единичные включения беловатого цвета в виде «точек и запятых». В перианальной области без высыпаний.

Данные дополнительных методов исследования: Серологические реакции крови на сифилис: РМП, RW, ИФА, РПГА (–) отрицательные. ИФА на ВИЧ (–) отрицательный.

В мазке из уретры гонококк (+) найден, влагилищная трихомонада (–) не обнаружена, лейкоциты – 8-10 в поле зрения. С перианальной области гонококк (–) не обнаружен. В посевах из уретры на среду с полимиксином получена культура *Neisseria gonorrhoeae*. При прямой иммунофлюоресценции и ПЦР *Chlamydia trachomatis* (–) не обнаружена. Культуральное исследование и ПЦР на уреаплазмоз и микоплазмоз дали отрицательные результаты.

Вопросы:

1. Установите полный диагноз.
2. Каковы пути миграции гонококка в организме больных?
3. Каковы морфологические и тинкториальные свойства гонококка? Устойчивость микроба в окружающей среде.
4. Укажите пути передачи гонореи, выделив основной?
5. Какие органы поражаются гонококком?
6. Опишите клинику острого, подострого и торпидного переднего уретрита у мужчин.
7. Как протекает хронический уретрит у мужчин?
8. Клинические признаки поражения задней уретры у мужчин.
9. Опишите технику проведения и трактовку результатов для двухстаканной пробы.
10. Перечислите другие возможные осложнения гонорейного уретрита у мужчин.
11. Основные клинические проявления парауретрита, стриктуры уретры, простатита, везикулита.
12. Каковы основные причины мужского бесплодия при гонорее.

13. Пути заноса инфекции и клинические проявления гонобленнореи, гонорейного проктита и фарингита.

14. На фоне каких заболеваний и состояний возможно развитие диссеминированной гонореи?

15. Какие антибактериальные препараты в настоящее время используют для лечения гонореи?

Ситуационная задача № 9

Больная Х., 47 лет, обратилась к дерматовенерологу с жалобами на зудящие шелушащиеся высыпания на коже волосистой части головы, туловища, конечностей, на изменение ногтей пластин, на боли в мелких суставах кистей и стоп.

Анамнез: Больной себя считает в течение 10 лет. Первые высыпания появились на коже волосистой части головы после нервного стресса. В последние годы обострения 2-3 раза в год, преимущественно, в холодное время года. Причины обострений – переохлаждения, сопутствующие простудные заболевания, нервные стрессы. Поражение ногтей отмечает в течение 3 лет, боли в суставах – в течение 6 месяцев. Наследственность отягощена – подобным заболеванием страдает тетьа по материнской линии.

Объективно: Кожный процесс распространенный. На коже разгибательных поверхностей конечностей, волосистой части головы, поясницы, груди отмечаются ярко-красные папулы и бляшки диаметром до 4-5 см. На поверхности элементов – сероватые чешуйки, по периферии – яркий ободок без шелушения. Ногтевые пластины кистей и стоп деформированы по типу «симптома наперстка».

Отмечается отечность, болезненность мелких суставов кистей и стоп. Кожа над ними слегка гиперемирована, горячая на ощупь. Пальпация суставов болезненна. Характерно осевое вовлечение суставов пальцев («пальцы в виде сосисок»).

Данные дополнительных методов исследования: В общем анализе крови Нв – 120 г/л, L – $6,7 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 180×10^9 /л, СОЭ – 32 мм/ч. СРБ ++++. Серомукоид – 0,42 ед. опт. пл.

На рентгенограмме отмечается сужение суставных щелей и единичные узур в мелких суставах кистей и стоп.

При гистологическом исследовании в очагах отмечается акантоз, папилломатоз, отсутствие зернистого слоя, паракератоз, гиперкератоз.

Вопросы:

1. Установите полный диагноз.
2. Какова главная теория развития псориаза?
3. Каковы причины возникновения и обострений псориаза?
4. Какие выделяют стадии развития псориатического процесса?
5. Назовите симптомы псориатической триады?
6. В каком возрасте может впервые проявиться псориаз?
7. Назовите атипичные формы псориаза.
8. Какие органы поражаются при псориазе, помимо кожи?
9. Какие формы поражения ногтей могут быть при псориазе?
10. В какой форме может протекать псориатическая артропатия?
11. Какая диета и режим необходимы для больных псориазом?
12. Какие методы используются для системной терапии заболевания? Почему не рекомендуется системное использование глюкокортикостероидов при псориазе?
13. Какие средства применяют для наружной терапии псориаза в разные стадии процесса?
14. Зачем необходимо выделение форм псориаза по сезону?
15. Что такое ПУВА-терапия? Какие побочные эффекты могут возникнуть при ее применении?

Ситуационная задача № 10

Больной Ю., 18 лет, призывник, направлен на обследование в КВД военно-призывной комиссией. Предъявляет жалобы на сухость кожи, болезненные трещинки на коже ладоней и подошв.

Анамнез: Болен с раннего детства. За медицинской помощью не обращался. Для смягчения кожи регулярно применяет различные крема. Отмечает улучшение состояния кожи в летнее время. Наследственность отягощена – подобным заболеванием страдает отец и родной брат.

Объективно: Кожный процесс распространенный. Вся кожа, за исключением крупных складок и лица, сухая, шелушащаяся, отмечаются сероватые чешуйки. Фолликулярный аппарат усилен. Кожа ладоней и подошв утолщена, слегка гиперемирована, в складочках кожи – муковидное шелушение. На коже ладоней и подошв несколько глубоких трещинок.

Данные дополнительных методов исследования: В общем анализе крови и мочи – без патологических отклонений. При гистологическом исследовании отмечается выраженный гиперкератоз и паракератоз.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Назовите тип наследственной передачи вульгарного ихтиоза?
3. Какие функции кожи нарушаются при ихтиозе?
4. Каковы сроки проявления вульгарного ихтиоза?
5. Почему при вульгарном ихтиозе не поражаются лицо и крупные складки?
6. Чем можно объяснить сезонность при ихтиозе?
7. Что такое ксеродермия?
8. Какие еще формы вульгарного ихтиоза вы знаете?
9. Сроки проявления врожденного ихтиоза и ихтиозиформных эритродермий Брока? Клинические особенности этих форм.
10. Клинические особенности X-сцепленного ихтиоза. Почему этой формой ихтиоза страдают только мужчины?
11. Какие лекарства применяют для системной терапии ихтиозов?
12. Объясните механизм лечебного действия витамина А и ароматических ретиноидов при псориазе.
13. Какие средства используют для наружной терапии заболевания?
14. Какие методы физиотерапии показаны в данном случае?
15. Какие еще болезни кожи относятся к генодерматозам?

Ситуационная задача № 11

Больная Н., 32 лет, обратилась к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже лица, сопровождающиеся легким зудом и жжением.

Анамнез: Больной себя считает в течение 3 месяцев. Первые высыпания появились на коже щек во время отдыха в г. Сочи. Лечилась сама линиментом синтомицина, косметическими кремами – без эффекта. Наследственность не отягощена.

Объективно: На коже лица в области щек, скул, спинки носа отмечается несколько округлых и овальных очагов с четкими контурами, размером до небольшой монетки. В очагах на фоне эритемы, инфильтрации отмечаются небольшие сероватые чешуйки. При пальпации очага – легкая болезненность.

Данные дополнительных методов исследования: В общем анализе крови и мочи – без патологических отклонений. В крови LE-клетки (+) найдены. При гистологическом

исследовании в очагах отмечается вакуольная дегенерация, умеренный паракератоз, фолликулярный гиперкератоз

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Какой фактор, вероятно, спровоцировал возникновение заболевания у пациентки?
3. Каков основной механизм патогенеза при красной волчанке?
4. Приведите классификацию красной волчанки.
5. Какова локализация высыпаний при дискоидной красной волчанке?
6. Какие три основных феномена отмечаются в очаге дискоидной красной волчанки?
7. Чем можно объяснить болезненность при пальпации очага (симптом Бенье-Мещерского)?
8. Назовите клинические отличия диссеминированной красной волчанки, центростремительной эритемы Биетта, глубокой красной волчанки?
9. Как поражается кожа при системной красной волчанке?
10. Какие еще органы и системы поражаются при системной красной волчанке?
11. Каков прогноз при кожных формах красной волчанки и при СКВ?
12. Что такое LE-клетки?
13. Какие средства применяют для системной терапии дискоидной красной волчанки? Назовите базисные препараты. Показания для назначения глюкокортикостероидов.
14. Какие средства используют для наружной терапии заболевания? Почему нежелательно использование фторированных кортикостероидов?
15. Какие мероприятия необходимы для защиты кожи от УФ-лучей?

Ситуационная задача № 12

Больной Г., 46 лет, обратился к дерматовенерологу с жалобами на появление гнойников на коже лица и шеи. Высыпания сопровождаются легким зудом, чувством натяжения кожи.

Анамнез: Больным себя считает в течение 6 месяцев. На коже подбородка и верхней губы стали появляться мелкие гнойники. Начало болезни связывает с травматизацией при бритье. Лечился сам раствором перманганата калия, тетрациклиновой мазью с временным эффектом.

Наследственность неотягощена. Из сопутствующих заболеваний отмечает хронический простатит.

Объективно: На коже лица и шеи в области роста бороды и усов на фоне застойной эритемы отмечаются множественные фолликулиты и остиофолликулиты, гнойно-гемморагические корочки.

Данные дополнительных методов исследования: В общем анализе крови Нв – 110 г/л, L – $3,2 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 200×10^9 /л, СОЭ – 21 мм/ч. Сахар крови – 4,6 ммоль/л.

Грибок с очага (–) не обнаружен.

В посевах с очага выявлена смешанная флора с преобладанием золотистого стафилококка.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Какие заболевания являются фоновыми при вульгарном сикозе?
3. Назначьте дообследование.
4. Какие антибиотики наиболее эффективны при стафилодермиях?

5. Какие методы иммунотерапии применяют при хронических пиодермиях?
6. Назовите местные антисептики для лечения пиодермий?
7. Какие методы физиотерапии показаны при пиодермиях?
8. Что поражается при остеофолликулите, фолликулите, фурункуле, карбункуле?
9. При каких локализациях фурункула обязательно необходима системная антибактериальная терапия?
10. Что является показанием для хирургического лечения фурункула и карбункула?
11. Что поражается при гидрадените? Где располагаются высыпания?
12. Какие формы стафилодермий характерны для детей первого года жизни?
13. Что такое фликтена?
14. Назовите формы стрептодермий.
15. Каковы клинические проявления вульгарной эктимы?

Ситуационная задача № 13

Больная Ч., 56 лет, обратилась к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже туловища, сопровождающиеся зудом и жжением, болезненные высыпания на слизистой рта.

Анамнез: Больной себя считает в течение 10 месяцев. Первые болезненные высыпания появились на слизистой рта. Лечилась у стоматолога местными антисептиками – без эффекта. В течение 3 месяцев отмечает высыпания на коже. На коже груди и спины стали появляться пузыри с тонкой покрывкой. Пузыри быстро вскрываются, образующиеся эрозии не заживают.

Объективно: Кожный процесс распространенный. На коже груди, спины, живота, плеч отмечаются пузыри с дряблой покрывкой диаметром до 3 см, эрозии ярко-красного цвета с обрывками эпидермиса по периферии, серозно-гемморагические корочки. Симптомы Никольского и Асбо-Хансена положительны.

На слизистой рта в области зева отмечаются ярко-красные эрозии неправильной формы.

Данные дополнительных методов исследования: В общем анализе крови Нв – 98 г/л, L – $4,7 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 240×10^9 /л, СОЭ – 29 мм/ч. Сахар крови – 4,6 ммоль/л. Клетки Тцанка с эрозий на коже и слизистой рта (+) найдены.

При гистологическом исследовании выявлены интраэпидермальные пузыри.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Каков основной механизм патогенеза при истинной пузырчатке?
3. Что такое акантолиз? Какие симптомы и лабораторные методы позволяют его выявить?
4. Что такое «клетки Тцанка»?
5. Назовите клинические формы пузырчатки.
6. Назовите отличительные особенности вегетирующей, листовидной, себорейной форм пузырчатки.
7. Какие формы истинной пузырчатки начинаются со слизистой рта?
8. Что является причиной смерти больных пузырчаткой при отсутствии лечения?
9. Какая диета и режим назначается больным пузырчаткой?
10. Как при пузырчатке назначаются кортикостероиды?
11. Как долго пациент должен получать поддерживающую дозу кортикостероидов?

12. Почему основную дозу кортикостероидов назначают в утренние и дневные часы?
13. Назовите наиболее частые осложнения системной кортикостероидной терапии.
14. Какие препараты назначают для поддержания обмена веществ больных пузырчаткой и минимизации побочных эффектов кортикостероидов?
15. Какова местная терапия пузырчатки?

Вопросы к зачету по теме «Дерматиты»

1. Определение дерматита.
2. Факторы, вызывающие дерматиты в зависимости от их природы.
3. Физические факторы, вызывающие дерматиты.
4. Химические факторы, вызывающие дерматиты.
5. Биологические факторы, вызывающие дерматиты.
6. Определение облигатных и факультативных факторов, вызывающих дерматиты.
7. Облигатные факторы, вызывающие дерматиты. Приведите примеры.
8. Факультативные факторы, вызывающие дерматиты. Приведите примеры.
9. Простой контактный дерматит: этиопатогенез, сроки возникновения, локализация.
10. Клиника простого контактного дерматита.
11. Лечение простого контактного дерматита.
12. Аллергический контактный дерматит: этиопатогенез, сроки возникновения, локализация.
13. Клиника аллергического контактного дерматита.
14. Лечение аллергического контактного дерматита (диета, общее, местное).
15. От чего зависит тяжесть простого и аллергического дерматита?

Вопросы к зачету по теме «Токсидермии. Синдром Лайелла»

1. Определение токсидермии.
2. Факторы, вызывающие токсидермии.
3. Назовите лекарственные средства наиболее часто вызывающие токсидермии.
4. Пути проникновения аллергенов и токсических веществ в организм при развитии токсидермии.
5. Пищевые продукты и компоненты пищи, способные вызвать токсидермию.
6. Патогенез токсидермии. Сроки развития токсидермии.
7. Локализация высыпаний и морфологические элементы при токсидермии.
8. Общие явления и поражение внутренних органов при токсидермии.
9. Фиксированная сульфаниламидная эритема.
10. Лечение токсидермий (диета, общее, местное).
11. Причины развития синдрома Лайелла.
12. Высыпания на коже при синдроме Лайелла.
13. Поражение внутренних органов и возможные причины смерти при синдроме Лайелла.
14. Общее лечение при синдроме Лайелла.
15. Местное лечение и уход за больным при синдроме Лайелла.

Вопросы к зачету по теме «Экзема»

1. Определение экземы.
2. Классификация экзем.

3. Этиопатогенез экземы.
4. Фоновые заболевания при экземе.
5. Первичные и вторичные элементы при экземе.
6. Клиника истинной экземы.
7. Клиника микробной экземы.
8. Особенности патогенеза микробной экземы.
9. Кратко охарактеризуйте формы микробной экземы.
10. Клиника себорейной экземы.
11. Особенности профессиональной экземы. Главное условие успешной терапии проф. экземы
12. Клиника детской экземы. Особенности ее этиопатогенеза.
13. Диета при экземе и других аллергодерматозах.
14. Общая терапия при экземах. Показания к системному назначению кортикостероидов.
15. Местная терапия при экземе в зависимости от стадии кожного процесса.

Вопросы к зачету по теме «Псориаз»

1. Определение псориаза.
2. Теории происхождения псориаза (выделите основную).
3. Какие факторы могут вызвать возникновение и обострение псориаза.
4. Какие изменения происходят в эпидермисе при псориазе.
5. Псориатическая триада: назовите и кратко опишите феномены
6. Перечислите и кратко охарактеризуйте стадии течения псориаза.
7. Перечислите клинические формы псориаза.
8. Что такое псориатическая эритродермия? Какие нарушения происходят в организме при эритродермии (кроме кожного процесса)?
9. Какие придатки кожи поражаются при псориазе? Что такое «симптом наперстка»?
10. Псориатическая артропатия. Три варианта поражения суставов при псориазе. Какие суставы поражаются чаще?
11. Формы псориаза в зависимости от сезона. Практический смысл подобного деления.
12. Диета и режим больного псориазом.
13. Системная терапия псориаза
14. Местная терапия псориаза в зависимости от стадии течения процесса.
15. Физиотерапия и санаторно-курортное лечение псориаза в зависимости от формы по сезону.
16. Что такое PUVA-терапия. Ее принципиальная схема. Какие препараты применяются в рамках этого метода.
17. Интертригинозный псориаз: особенности локализации и клиники. У кого обычно встречается эта форма заболевания.

Вопросы к зачету по теме «Красный пл. лишай. Другие аллергодерматозы»

1. Теории возникновения красного плоского лишая (выделите основную).
2. Феномен Кебнера при красном плоском лишае и псориазе.
3. Объективные и субъективные признаки красного плоского лишая.
4. Назовите и коротко охарактеризуйте атипичные формы красного плоского лишая.
5. Что такое сетка Уикхема? Какова патогистологическая основа появления этого феномена.
6. Диетотерапия при красном плоском лишае и других зудящих дерматозах.
7. Системная терапия красного плоского лишая (выделите базисный препарат).

8. Наружное лечение и физиотерапия красного плоского лишая.
9. Дайте определение зуда кожи как симптома. Классификация зудящих дерматозов.
10. Назовите и кратко охарактеризуйте генерализованные формы кожного зуда.
11. Назовите и кратко охарактеризуйте локализованные формы кожного зуда (отразите зависимость от пола и возраста).
12. Этиопатогенез крапивницы. Лекарственные препараты, наиболее часто вызывающие крапивницу и токсидермии.
13. Клиническая картина острой и хронической рецидивирующей крапивницы.
14. Клиническая картина отека Квинке. Какая локализация отека Квинке наиболее опасна и почему?
15. Лечение крапивницы (диета, общая терапия). Первая врачебная помощь при отеке Квинке с угрозой асфиксии.
16. Назовите и коротко охарактеризуйте формы почесухи.

Вопросы к зачету по теме «Атопический дерматит»

1. Определение атопического дерматита. В каком возрасте обычно начинается атопический дерматит?
2. Основные факторы этиопатогенеза атопического дерматита.
3. Назовите и кратко охарактеризуйте нарушение работы каких систем происходит в организме больного атопическим дерматитом?
4. Фоновая патология при атопическом дерматите. Врачи каких специальностей должны принимать участие в лечении больного АД.
5. В какой форме может проявляться атопический дерматит у детей до 1,5-2 лет, у детей 2-4 лет, у детей более старшего возраста и у взрослых?
6. Излюбленные места локализации высыпаний при псориазе, красном плоском лишаяе, диффузном нейродермите.
7. Какие высыпания мы увидим в очаге атопического дерматита (первичный морфологический элемент, вторичные элементы)?
8. Клинические проявления нарушения работы центральной и вегетативной нервной систем у больных атопическим дерматитом. Дермографизм.
9. Признаки гипокортицизма у больных атопическим дерматитом.
10. Диетотерапия при атопическом дерматите и других аллергодерматозах.
11. Режим, гигиена кожи, одежды и жилья при атопическом дерматите.
12. Системная терапия атопического дерматита и других аллергодерматозов. Показания к системному назначению кортикостероидов.
13. Местная терапия атопического дерматита. Какие лекарственные формы предпочтительнее использовать? Физиотерапия.
14. Типичная локализация и клиническая картина ограниченного нейродермита. Три зоны в очаге поражения.
15. Лечение ограниченного нейродермита (диета, общая и местная терапия, физиотерапия).
16. Клинические признаки и причины лихенификации у больных нейродермитами.
17. Особенности естественного и искусственного вскармливания у детей 1-го года, страдающих атопическим дерматитом.

Вопросы к зачету по теме «Себорея. Угри. Розацеа»

1. Этиопатогенез себореи (выделите основную и второстепенные причины). В каком возрасте наиболее выражены явления себореи?
2. Классификация себореи. Назовите осложнения разных форм себореи.
3. Клиника и осложнения сухой себореи. Какой возбудитель имеет значение в развитии этой формы себореи?

4. Клиника жирной жидкой себореи. Какие формы вульгарных угрей чаще встречаются на фоне такой себореи?
5. Клиника жирной густой себореи. Какие формы вульгарных угрей чаще встречаются на фоне такой себореи?
6. Этиопатогенез угрей (выделите основные и второстепенные причины развития угрей).
7. Диетотерапия и уход за кожей при себорее и угревой болезни.
8. Общая терапия тяжелой угревой болезни.
9. Местное лечение и физиотерапия угревой болезни.
10. Этиопатогенез розовых угрей (выделите экзогенные и эндогенные причины развития розацеа).
11. Клиника розовых угрей по стадиям. Что такое ринофима?
12. Диета и общая терапия розовых угрей.
13. Местная терапия розовых угрей. Какие факторы окружающей среды должен избегать пациент

5. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (печатные, электронные издания, интернет и другие сетевые ресурсы).

5.1. Перечень основной литературы по дисциплине «рациональная фармакотерапия в дерматовенерологии»:

№	Наименование согласно библиографическим требованиям	Количество экземпляров	
		На кафедре	В библиотеке
1.	Самцов А. В. Дерматовенерология: учебник для медицинских вузов / Алексей Викторович Самцов и Вячеслав Витальевич Барбинов. - СПб.: СпецЛит, 2008. - 352 с. : ил., тв.	1	1
2.	Скрипкин Ю.Г., Кубанова А.А. Кожные и венерические болезни: учебник - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 544 с. : ил., тв.	1	2
3.	Соколовский Е. В. Кожные и венерические болезни: пособие к курсу практических занятий / под ред. - СПб: Фолиант, 2006. (2006) - 488 с.: тв.; Приложение "Иллюстрации".	1	1
4.	Рекен М. Атлас по дерматологии/ Мартин Рекен, Мартин Шаллер, Эльке Заттлер, Вальтер Бурдорф; пер. с нем.-М.: МЕДпресс-информ,2012.-408 с.: ил.	-	1
5.	Европейское руководство по лечению дерматологических заболеваний/ Под ред. А.Д. Кацамбаса, Т.М. Лотти; Пер с англ.-М.: МЕДпресс-информ,2008.-736 с.: ил.	-	1
6.	Кубанова А.А., Кисина В.И., Блатун Л.А., Вавилов А.М. и др.; под общ. ред. А.А. Кубановой, В.И. Кисиной. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем М.: Литтерра, 2005; 882 с.	-	1

5.2 Дополнительная литература по дисциплине «Рациональная фармакотерапия в дерматовенерологии»:

№	Наименование согласно библиографическим	Количество экземпляров
---	---	------------------------

	<i>требованиям</i>	<i>На кафедре</i>	<i>В библиотеке</i>
1.	Дмитриев Г.А., Фриго Н.В. Сифилис. Дифференциальный клинико-лабораторный диагноз. М., «Медицина», 2004.	1	1
2.	Байтяков В.В. Инфекции, передаваемые половым путем.: учеб. пособие/ В.В. Байтяков, О.В. Дикова.- Саранск: Изд-во Мордов.ун-та,2013.-144 с.	-	1
3.	Клаттербак Д. Инфекции, передающиеся половым путем, и ВИЧ-инфекция/Д. Клаттербак; пер. с англ. Под ред. В.В. Покровского, Н.Н. Потекаева.-М.: Практическая медицина, 2013.-272 с.: ил.	-	1
4.	Клаттербак Д. Инфекции, передающиеся половым путем, и ВИЧ-инфекция/Д. Клаттербак; пер. с англ. Под ред. В.В. Покровского, Н.Н. Потекаева.-М.: Практическая медицина, 2013.-272 с.: ил.	1	1
5.	Методические материалы по диагностике и лечению наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и заболеваний кожи под редакцией А.А. Кубановой Издательский дом ГЭОТАР-МЕД, Москва, 2003 с. 85-88, 118-122, 83-85	-	2
6.	Адаскевич В.П. Неотложные состояния в дерматологии.- Спб.: Изд-во «Ольга», 2000 г.- 144 с. с.46-79	-	1
7.	Российский национальный согласительный документ «Крапивница и ангиоотек» Рекомендации для практических врачей. Под общей редакцией члена-корреспондента РАМН, д-ра наук, заведующего отделом ГНЦ Института иммунологии ФМБА России, заместителя директора ГНЦ института иммунологии ФМБА России, генерального директора Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов, профессора Н.И. Ильиной.- М.:Фармарус Принт Медиа». 2007. 128 с, цв. Вкл.	-	2
8.	Колхир П.В. «Доказательная аллергология-иммунология», М., 2010	-	7
9.	Национальное руководство по клинической фармакологии. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009.	-	1
10.	Клиническая фармакология: Учебник / Под ред. В.Г. Кукеса. – 3-е изд-е, перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. – 944 с.	-	1
11.	Харкевич, Д.А. Фармакология: Учебник / Д.А. Харкевич . – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. - 736 с.	-	1
12.	Основы фармакотерапии и клинической фармакологии: учебник для вузов / под ред. проф. М.Д. Гаевого и проф. В.И. Петрова. — 3-е изд., испр. и доп. — Ростов н/Д: Издательский центр «МарТ», «Феникс», 2010. — 800 с.	1	1
13.	Регистр лекарственных средств России РЛС	-	1

	Энциклопедия лекарств. – 19-й вып./Гл. ред. Г.Л. Вышковский.- М.: «РЛС-МЕДИА», 2010.-1368 с.		
14.	Стандарты оказания медицинской помощи взрослому населению Нижегородской области. Дерматовенерология. .- Н.Новгород: Министерство здравоохранения Нижегородской области, Территориальный Фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области, 2007.	-	1
15.	Лекции по фармакологии для врачей и провизоров / А.И. Венгеровский. – 3-е изд., перераб. и доп.: учебное пособие. – М.: ИФ «Физико-математическая литература», 2006. – 704 с.: ил.	-	1
16.	Ершов Ф.И., Романцов М.Г. Лекарственные средства, применяемые при вирусных заболеваниях. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 368 с.	1	1

5.3. Электронные образовательные ресурсы, используемые в процессе преподавания дисциплины

5.3.1. Внутренняя электронная библиотечная система университета (ВЭБС) (на базе ПК «Либэр. Электронная библиотека»)

Наименование электронного ресурса	Краткая характеристика (контент)	Условия доступа	Количество пользователей
Внутренняя электронная библиотечная система (ВЭБС)	Труды профессорско-преподавательского состава университета: учебники и учебные пособия, монографии, сборники научных трудов, научные статьи, диссертации, авторефераты диссертаций, патенты.	с любого компьютера, находящегося в сети Интернет, по индивидуальному логину и паролю	Не ограничено

5.3.2. Доступы, приобретенные ПИМУ

№ п/п	Наименование электронного ресурса	Краткая характеристика (контент)	Условия доступа	Количество пользователей
1.	БД «Медицина. Здравоохранение (ВПО)» (ЭБС «Консультант студента»)	Учебная литература + дополнительные материалы (аудио-, видео-, интерактивные материалы, тестовые задания) для высшего медицинского и фармацевтического образования	с любого компьютера, находящегося в сети Интернет, по индивидуальному логину и паролю	Не ограничен – до 31.12.2018)
2.	Электронная библиотечная система	Учебная и научная медицинская литература российских издательств, в	с компьютеров университета; с любого компьютера,	Не ограничен – до

	«BookUp»	т.ч. переводы зарубежных изданий	находящегося в сети Интернет по индивидуальному логину и паролю Для чтения доступны издания, на которые оформлена подписка.	31.12.2018
3.	Электронная медицинская библиотека «Консультант врача»	Национальные руководства по всем направлениям медицины, клинические рекомендации, учебные пособия, монографии, атласы, фармацевтические справочники, аудио- и видеоматериалы, МКБ-10 и АТХ, последние публикации в зарубежных журналах с краткими аннотациями на русском языке	с любого компьютера, находящегося в сети Интернет, по индивидуальному логину и паролю	Ограничено (50 доступов) – до 31.12.2018
4.	Электронная справочно-правовая система «Консультант Плюс»	Нормативные документы, регламентирующие деятельность медицинских и фармацевтических учреждений	с компьютеров научной библиотеки	Не ограничен
5.	Отечественные электронные периодические издания	Периодические издания медицинской тематики	с компьютеров университета на платформе НАУЧНОЙ электронной библиотеки eLIBRARY.RU Для чтения доступны издания, на которые оформлена подписка.	Не ограничен – до 31.12.2018
6.	БД Medline Complete	Зарубежная полнотекстовая база статей из научных периодических изданий и сборников медицинской и естественно-научной тематики	с компьютеров университета; с любого компьютера, находящегося в сети Интернет, по индивидуальному логину и паролю	Не ограничен – до 31.12.2018
7.	Электронная коллекция издательства Springer	Полнотекстовые научные издания (журналы, книги, статьи, научные протоколы, материалы конференций и др.) по естественно-научным, медицинским и гуманитарным наукам	с компьютеров университета	Не ограничен – до 31.12.2018
8.	Электронная коллекция «Freedom» на платформе Science Direct	Книги и периодические издания издательства «Elsevier» по естественно-научным, медицинским и гуманитарным наукам	с компьютеров университета	Не ограничен – до 31.12.2018

9.	БД Scopus	Международная реферативная база данных научного цитирования	с компьютеров университета	Не ограничен о – до 31.12.2018
10.	БД Web of Science Core Collection	Международная реферативная база данных научного цитирования	с компьютеров университета; с любого компьютера, находящегося в сети Интернет, по индивидуальному логину и паролю	Не ограничен о – до 31.12.2018
11.	БД Questel Orbit	Патентная база данных компании Questel	с компьютеров университета	Не ограничен о – до 31.12.2018

5.3.3. Ресурсы открытого доступа (указаны основные)

№ п/п	Наименование электронного ресурса	Краткая характеристика (контент)	Условия доступа
1	Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ)	Включает электронные аналоги печатных изданий и оригинальные электронные издания, не имеющие аналогов, зафиксированных на иных носителях (диссертации, авторефераты, книги, журналы и т.д.).	с любого компьютера, находящегося в сети Интернет
2.	Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU	Крупнейший российский информационный портал в области науки, технологии, медицины и образования, содержащий рефераты и полные тексты научных статей и публикаций.	с любого компьютера, находящегося в сети Интернет.
3.	Научная электронная библиотека открытого доступа КиберЛенинка	Полные тексты научных статей с аннотациями, публикуемые в научных журналах России и ближнего зарубежья.	с любого компьютера, находящегося в сети Интернет
4.	Российская государственная библиотека (РГБ)	Авторефераты, для которых имеются авторские договоры с разрешением на их открытую публикацию	с любого компьютера, находящегося в сети Интернет
5.	Справочно-правовая система «Консультант Плюс»	Федеральное и региональное законодательство, судебная практика, финансовые консультации, комментарии законодательства и др.	с любого компьютера, находящегося в сети Интернет

5.4. Образовательные технологии в интерактивной форме, используемые в процессе преподавания дисциплины:

В качестве используемых технологий обучения применяются:

- коммуникативные;
- интерактивные;
- интенсивные;
- проектные.

Для активизации познавательного процесса слушателям даются индивидуальные задания.

Для ориентации учебного процесса на практическую деятельность проводится опрос об основных проблемах профессиональной деятельности слушателей.

Основной акцент воспитательной работы делается на добросовестном, профессиональном выполнении всех учебных заданий.

Применяемые технологии предполагают:

- приобретение самостоятельно добытого пережитого знания и умения;
- критическое мышление, умение анализировать ситуацию, принимать решение, решать проблему;
- креативность: способность видеть явление с разных точек зрения, вариативность мышления, поиск разных решений относительно одной ситуации.

<i>№</i>	<i>Наименование раздела</i>	<i>Формы занятий с исп-м активных и интерактивных образ-х технологий</i>	<i>Трудоемкость (час)</i>
1.	Раздел 1. Стратегия доказательной медицины. Терапия аллергодерматозов	интерактивная лекция (лекция-беседа)	1
2.	Раздел 2. Лечение псориаза. Фармакотерапия угревой болезни.	интерактивная лекция (лекция - пресс-конференция) эвристическая беседа просмотр и обсуждение видеофильма	1 1 1
3.	Раздел 3. Современные увлажняющие средства. Фармакотерапия сифилиса и других ИППП.	интерактивная лекция (лекция с разбором конкретных ситуаций)	1

Примеры образовательных технологий в интерактивной форме:

Лекция-беседа предполагает непосредственный контакт преподавателя с обучаемыми. Позволяет привлекать внимание слушателей к наиболее важным вопросам темы, определять содержание и темп изложения учебного материала с учетом особенностей обучаемых. Беседа как метод обучения известна еще со времен Сократа. Это самый простой способ индивидуального обучения, построенный на непосредственном контакте сторон. Используются различные приемы, например, озадачивание вопросами в начале лекции и по ее ходу. Вопросы могут, быть информационного и проблемного характера, для выяснения мнений и уровня осведомленности по рассматриваемой теме, степени готовности к восприятию последующего материала. Для экономии времени вопросы формулируются так, чтобы на них можно было давать однозначные ответы. С учетом разногласий или единодушия в ответах преподаватель строит свои дальнейшие рассуждения, имея при этом возможность, наиболее доказательно изложить очередное понятие лекционного материала. Вопросы могут быть как простыми для того, чтобы сосредоточить внимание на отдельных аспектах темы, так и проблемные. Обучаемый, продумывая ответ на заданный вопрос, получает возможность самостоятельно прийти к тем выводам и обобщения, которые преподаватель должен был сообщить им в качестве новых знаний, либо понять важность обсуждаемой темы, что повышает интерес, и степень восприятия материала. Во время проведения лекции-беседы преподаватель следит, чтобы

задаваемые вопросы не оставались без ответов, обеспечивая достаточной активизации мышления обучаемых.

Эвристическая беседа. Путем искусно сформулированных наводящих вопросов и примеров побуждает аспирантов прийти к самостоятельному правильному ответу. Этот метод принято считать методом проблемного обучения (проблемно-поисковая беседа). Происходит обмен мнениями, предположениями, догадками, различными вариантами промежуточных решений. Метод предполагает опору на наличие определенного запаса знаний, представлений, понятий. При подготовке к беседе преподаватель: а) четко определяет цель; б) составляет план- конспект; в) подбирает наглядные средства; г) формулирует основные и вспомогательные вопросы. Вопросы должны быть логически связаны, соответствовать уровню развития слушателей, не должны подсказывать ответ. Преподаватель внимательно слушает ответы, правильные одобряет, ошибочные комментирует, уточняет.

6. Материально-техническое обеспечение дисциплины.

6.1. Материально-техническое обеспечение дисциплины:

- аудиторный фонд ПИМУ,
- аудитории оборудованные мультимедийным проектором;
- ресурсы ФГУ ПМИЦ.

6.2. Перечень оборудования, необходимого для проведения аудиторных занятий по дисциплине.

1. мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор, экран)
2. наборы мультимедийных наглядных материалов по различным разделам дисциплины, видеофильмы
3. телевизор
4. видео- и DVD проигрыватели
5. видеокамера