

Электронная цифровая подпись



Утверждено 29 августа 2024 г.  
протокол № 8

председатель Ученого Совета Прохоренко И.О.  
ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ  
РЕАЛИЗУЕМОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТЕВОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ,  
ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»**

Специальность 31.05.03 Стоматология  
(уровень специалитета)  
Направленность: Стоматология  
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог  
Форма обучения: очная

**Срок обучения: 5 лет**

Год поступления 2024

## **МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

### **1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса по дисциплине «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»**

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студентов, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студентов).

Самостоятельная работа студентов в ВУЗе является важным видом учебной и научной деятельности студента. Самостоятельная работа студентов играет значительную роль в рейтинговой технологии обучения. В связи с этим, обучение в ВУЗе включает в себя две, практически одинаковые по объему и взаимовлиянию части – процесса обучения и процесса самообучения. Поэтому СРС должна стать эффективной и целенаправленной работой студента.

Концепцией модернизации российского образования определены основные задачи высшего образования - "подготовка квалифицированного работника соответствующего уровня и профиля, конкурентоспособного на рынке труда, компетентного, ответственного, свободно владеющего своей профессией и ориентированного в смежных областях деятельности, способного к эффективной работе по специальности на уровне мировых стандартов, готового к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности".

Решение этих задач невозможно без повышения роли самостоятельной работы студентов над учебным материалом, усиления ответственности преподавателей за развитие навыков самостоятельной работы, за стимулирование профессионального роста студентов, воспитание творческой активности и инициативы.

К современному специалисту в области медицины общество предъявляет достаточно широкий перечень требований, среди которых немаловажное значение имеет наличие у выпускников определенных

Навыков (компетенций) и умения самостоятельно добывать знания из различных источников, систематизировать полученную информацию, давать оценку конкретной профессиональной ситуации. Формирование такого умения происходит в течение всего периода обучения через участие студентов в практических занятиях, выполнение контрольных заданий и тестов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ. При этом самостоятельная работа студентов играет решающую роль в ходе всего учебного процесса.

### **1.2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»**

№ п/п	№ компетенции	Формулировка компетенции
1	ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач
	иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний
	иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач
	иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач
2	ОПК-6	Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач
	иОПК-6.1.	Демонстрирует знания о лекарственных препаратах и видах немедикаментозного лечения
	иОПК-6.2	Способен применить знания о медикаментозных и немедикаментозных методах лечения для назначения лечения
	иОПК-6.3	Способен осуществить контроль эффективности и безопасности назначенного лечения
3	ПК-1	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза

	иПК-1.1.	Получение информации от пациентов (их родственников/ законных представителей)
	иПК-1.3.	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов
	иПК-1.5.	Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза и установление предварительного диагноза
	иПК-1.6.	Разработка алгоритма постановки окончательного диагноза, постановка окончательного диагноза

## **2. Цели и основные задачи СРС**

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста (или бакалавра) с высшим образованием. При организации СРС важным и необходимым условием становятся формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности.

Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС в плане формирования вышеуказанных компетенций являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста.

## **3. Виды самостоятельной работы**

В образовательном процессе по дисциплине «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ» выделяется два вида самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

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

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются: написание рефератов, презентаций, эссе, решение ситуационных задач.

### **3.1. Перечень тематик рефератов, презентаций (по выбору преподавателя и/или обучающегося)**

#### **Тема 1.**

1.Порядок и регламент проведения обследования пациента в дерматологической клинике с целью установления диагноза. Осмотр под лампой- лупой.

Осмотр с помощью дерматоскопа. Осмотр с помощью лампы Вуда.

2.Деонтологические принципы при сборе анамнеза у больных в дерматологической клинике.

3.Особенности проведение полного физикального обследования пациента в дерматологической клинике (диакопия, пальпация, поскабливание элементов сыпи).

#### **Тема 2.**

1.Современные лабораторные исследования в дерматологической клинике (проведение иммунофлюоресценции, иммунофенотипирования, использование специальных методов окраски, ПЦР, определение чесоточного клеща, клеща *Demodex folliculorum* при

микроскопировании бактериологическое исследование, определение чувствительности к антибиотикам.

2. Методы, показания, техника, интерпретация результата (граттаж, исследование пуговчатым зондом, соскоб кожи, исследование мазка-отпечатка, биопсия кожи, диаскопия).

Воспроизведение :-псориатических феноменов-симптомов зонда А.И.Поспелова.

3. Исследование тактильной, болевой, тепловой и холодовой чувствительности.

#### **Тема 3.**

1. Дифференциальная диагностика дерматологических заболеваний, (синдром Стивенса-Джонсона, токсический эпидермальный некролиз, вульгарная пузырчатка, псориатическая эритродермия, острая крапивница, отек Квинке.)

2. Клиническое значение серологических реакций

3. Какой диагностический алгоритм существует при постановке диагноза «Сифилис»?

#### **Тема 4.**

1. Кожный зуд. Этиология, патогенез, клиника, лечение.

2. Связь экземы с патологией внутренних органов.

3. Клинические формы экземы. Классификация экземы по стадиям, по клиническому течению.

4. Основные клинические признаки хронической экземы

#### **Тема 5.**

1. Псориаз. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

2. Современные взгляды на этиологию и патогенез псориаза.

3. Течение псориаза (распространенность, сезонность, рецидивы).

#### **Тема 6.**

##### **Гнойничковые заболевания кожи**

1. Пиодермии. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

2. Предрасполагающие экзо- и эндогенные факторы, играющие роль в патогенезе пиодермий. Различия патогенеза острых и хронических пиодермий

3. Особенности общей терапии в зависимости от глубины поражения, распространенности процесса, длительности заболевания.

#### **Тема 7.**

1. Пузырные дерматозы. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

2. Современные взгляды на этиологию и патогенез вульгарной пузырчатки

3. Клинические формы пузырчатки, особенности течения каждой из форм

#### **Тема 8.**

1. Дерматомикозы. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

2. Кератомикозы. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

3. Принципы лечения эпидермофитии в зависимости от клинической формы.

#### **Тема 9.**

1. Контагиозный моллюск. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

2. Вирусные дерматозы. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

3. Клиника простого пузырькового лишая и его клинические разновидности

#### **Тема 10.**

1. Чесотка. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

2. Эпидемиология чесотки. Возбудитель чесотки, его устойчивость во внешней среде

3. Принципы диагностики чесотки, основные методы лечения.

#### **Тема 11.**

1. Доброкачественные и злокачественные новообразования кожи. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

2. Базалиома: определение, клинические формы (поверхностная, опухолевая, язвенная, склеродермоподобная), гистопатология, диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.

3. Плоскоклеточный рак: определение, клинические формы (опухольчатый тип, язвенный тип), гистопатология, диагноз, лечение, профилактика.

4. Меланома: определение, клиническая картина (стадия радиального роста, стадия

вертикального роста), диагноз, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.

### **Тема 12.**

1. Основные этапы развития венерологии.
2. Сифилис. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Атипичные формы шанкра (панариций, амигдалит, индуративный отек).
4. Базисные препараты пенициллина: дюрантные, средней дюрантности, комбинированные, водорастворимый пенициллин, применяемые при лечении сифилиса.
5. Виды лечений: специфическое, превентивное, профилактическое, пробное, эпидемиологическое

### **Тема 13.**

1. Микоплазменные инфекции урогенитального тракта. Урогенитальный кандидоз.
2. Бактериальный вагиноз. Генитальный герпес.
3. Профилактика ЗППП.

### **Тема 14.**

1. Дерматологические аспекты СПИДа
  2. Особенность проявлений простого и опоясывающего герпеса у больных СПИДом.
  3. Вирусные заболевания кожи у больных СПИДом.
  4. Особенности течения микотических заболеваний при Вич-инфекции
- Темы рефератов и презентаций могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

## **3.2. Перечень ситуационных задач.**

### **Тема 1**

#### **Задача.1**

Вы врач дерматолог призывной комиссии в военкомате. Опишите алгоритм осмотра призывников и необходимые условия для этого.

#### **Эталон ответа**

#### **Диагностический осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек.**

Осмотр кожных покровов и видимых слизистых лучше проводить при рассеянном дневном либо достаточно ярком электрическом свете. Температура в комнате должна быть 22-23С. Уделяют внимание окраске кожи: может быть бледной, розовой, смуглой. Во время осмотра кожи определяют имеющиеся в ней морфологические элементы – первичные (пятна, папулы, бугорки, узлы, пузырьки, пузыри, пустулы) и вторичные (пигментация, чешуйки, корки, эрозии, язвы, трещины, лихенификация, рубцы).

При осмотре определяют мономорфизм (псориаз, красный плоский лишай, пузырьковый лишай, вульгарная пузырчатка, крапивница) или полиморфизм (экзема, герпетический дерматоз Дюринга) сыпи. Обращают внимание на расположение сыпи, так как в ряде случаев тому или иному дерматозу свойственна излюбленная локализация (красной волчанке - лицо, псориазу – задние поверхности локтевых и передние - коленных суставов, волосистая часть головы и т.д.), а также на особенности ее расположения: фокусное (элементы не сливаются, их окружает нормальная кожа), диффузное (слияние элементов в крупные очаги); распространенность ее: ограниченная (очаговый нейродермит, очаговая склеродермия, невус, простой герпес и др.), распространенная (розовый лишай, псориаз), тотальная (эритродермия); симметричность и асимметричность высыпаний. Осматривают волосы, ногти, наружные половые органы, заднепроходную область. При осмотре красной каймы губ обращают внимание на ее окраску, сухость, наличие чешуек, трещин, эрозий, корок. Подлежит осмотру и слизистая оболочка полости рта, на которой можно обнаружить высыпания (при кандидозе, красном плоском лишае, пузырчатке).

**Описание очага поражения.** Распространенность сыпи по всему кожному покрову, на отдельном участке. Расположение очаговое (очаг состоит из одного или нескольких элементов), беспорядочное, сгруппированное (бессистемное, системное). Характеристика сыпи (мономорфная, полиморфная, с указанием истинного или ложного полиморфизма). Характеристика первичных элементов: величина (в мм или см), цвет (красный, бурый, синюшный, опаловый и др.), очертания (правильные, округлые, овальные, полигональные и др.), границы (четкие, не четкие), форма (характеризует папулы, бугорки, узлы, пузырьки, пустулы)- плоская, коническая, полушаровидная, западающая в центре, чечевицепоподобная, характер поверхности (гладкая, эрозированная, язвенная, бородавчатая), периферический рост (отсутствует, имеется), динамика

развития (исчезает бесследно, оставляет рубцы, рубцовую атрофию), окружающая кожа (не изменена, гиперемирована и др.).

Характеристика вторичных морфологических элементов (корки- серозные, гнойные, геморрагические; рубцы — втянутые, плоские, гипертрофические и др.; чешуйки — отрубевидные, пластинчатые (мелко- и крупнопластинчатые); вторичные пятна — пигментированные и депигментированные; лихенификация, вегетация).

**Описание поражений кожи у больных сифилисом.** При первичном сифилисе описывается локализация, количество первичных сифилидов (эрозивных, язвенных), их размер, цвет, границы, очертания, форма, поверхность, края, дно, уплотнение в основании, отделяемое, наличие лимфангоита и регионарного склераденита, состояние других периферических лимфатических узлов. Описывая больных вторичным сифилисом, следует отметить вид морфологических элементов (розеола, папула, пустула и т. п.), их размер, цвет, очертания, форму, поверхность, локализацию, распространенность, наличие группировки. Указать особенности сыпи на различных участках кожного покрова: на туловище, конечностях, ладонях, подошвах. Описать изменение пигментации (лейкодерма), волос (алопеция), высыпания на слизистых оболочках. Состояние лимфатических периферических узлов, наличие остатков твердого шанкра или сопутствующего бубона.

При третичном сифилисе, описывая те или иные активные проявления болезни (бугорки, гуммы), следует отметить наличие и особенности рубцов после разрешившихся высыпаний, их локализацию, размер, форму и т. п.

**Описание пораженной кожи у больных ИППП.** Данные осмотра наружных половых органов. Состояние наружного отверстия и губок уретры у мужчин; наличие выделений, их цвет, вид, количество выделений из уретры. Осмотр двух порций утренней мочи (двухстаканная проба).

Состояние ануса. Данные пальпации уретры, яичек, их придатков, куперовых и предстательной (только при хронических ИППП) желез, семенных пузырьков.

У женщин описывается характер выделений из уретры, полученных при массаже последней.

Состояние параурегральная (скеневых) ходов, барголиновых желез, шейки матки, вид выделений из влагалища и шейки матки. Результаты бимануального исследования матки и ее придатков, данные осмотра ануса.

### **Осмотр больного в лучах лампы Вуда, оценка результат свечения.**

**Цель.** Диагностика различных дерматозов

**Методика.** Осмотр лампой Вуда производится в темном помещении.

#### **Люминесцентная диагностика микроспории**

Микроспорию волосистой части головы от трихофитии отличают как по клинической картине (высоко обломанные волосы, крупные очаги поражения, обильное асбестовидное шелушение), так и по способности волос, пораженных микроспорумами, при облучении в темном помещении короткими ультрафиолетовыми лучами, пропущенными через стекло, импрегнированное солями никеля (лампа Вуда), испускать зеленовато-желтое (изумрудное) свечение.

#### **Люминесцентная диагностика отрубевидного лишая.**

Метод применяется для обнаружения очагов поражения на волосистой части головы. В темной комнате освещают лампой Вуда волосистую часть головы. Очаги поражения имеют золотисто-желтое, желто-коричневое или буроватое свечение. Выявление участков поражения на волосистой части головы имеет важное значение для лечения отрубевидного лишая, так как практические врачи часто забывают об этой локализации, что приводит в дальнейшем к рецидивам заболевания.

#### **Люминесцентная диагностика эритразмы.**

Метод применяется для отличия эритразмы от паховой эпидермофитии, рубромикоза. Очаги поражения исследуют в лучах лампы Вуда. При эритразме (очаги поражения предварительно не должны подвергаться местной терапии) наблюдается характерное кораллово-красное свечение, которое более выражено в периферической зоне.

#### **Люминесцентная диагностика красной волчанки красной каймы губ.**

При освещении лампой Вуда контуры пораженных очагов видны четко, размеры их больше, чем при обычном освещении. Зоны гиперкератоза светятся снежно-белым цветом, участки атрофии — белесоватым. В очагах поражения на губах отмечается белое свечение с голубоватым оттенком, при остром процессе и отсутствии атрофии —

свечение голубоватого цвета. При актиническом хейлите и лейкоплакии, которые могут немного напоминать красную волчанку, свечение отсутствует.

### **Задача № 2.**

На приеме у дерматолога больная 42 лет с жалобами на появление после нервного потрясения обильной сыпи, сопровождающейся зудом. Больна 10 дней. При осмотре: на туловище, передней поверхности голени имеются многочисленные плоские папулезные высыпания полигональной формы, синюшно – красного цвета, с гладкой блестящей поверхностью, с пупковидным вдавлением в центре. Выставлен диагноз: красный плоский лишай.

Вопросы:

1. Дайте определение описанному элементу сыпи.
2. Какой основной гистопатологический процесс характерен для папул при этом заболевании?

### **Эталон ответа**

1. Папула является первичным морфологическим элементом сыпи, представляет собой ограниченное возвышающееся уплотнение кожи, не имеющее полости.
2. Основной гистопатологический процесс, наблюдающийся в папулах красного плоского лишая – неравномерный гипергранулез.

## **Тема 2**

### **Задача № 3.**

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

Вопросы:

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

### **Эталон ответа**

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

### **Задача №4**

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

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

### **Эталон ответа**

1. Диагноз : туберкулез кожи – туберкулезная волчанка

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

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

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

## **Тема 3**

### **Задача №5**

Больная В., 6 лет, поступила в КВД в мае с жалобами на наличие высыпаний по всему телу. Заболела 5 месяцев назад. Лечение десенсибилизирующими и антигистаминными препаратами эффекта не дало.

При поступлении общее состояние средней тяжести, отмечается

Поражение кожи носит распространенный характер: на коже лица, туловища и конечностей имеются поверхностные пузыри с дряблой покрывкой, располагающиеся на видимо неизменной коже. Кроме того, на коже лица и туловища имеются обильные слоистые корки не только на месте пузырей, но и на видимо здоровой коже. Симптом Никольского резко положителен даже на внешне неизменной коже..

Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза?

**Эталон ответа**

**Взятие материала на акантолитические клетки,**

**оценка результатов**

**Цель.** Определение патологических изменений в тканях на клеточном уровне.

**Методика.** С поверхности дна свежего пузыря скальпелем или путем прикладывания и легкого надавливания кусочком простерилизованной кипячением ученической резинки (метод отпечатков) берут материал и переносят на стерильные обезжиренные предметные стекла, фиксируют в течение 1 мин метиловым спиртом, высушивают при комнатной температуре и окрашивают по Романовскому-Гимзе, наносят на 20-25мин свежеприготовленный раствор тазур-эозина, затем смывают краситель дистиллированной водой высушивают мазки при комнатной температуре. После приготовления и окраски препараты исследуют под микроскопом при увеличении 10X40. При последующей микроскопии препаратов обнаруживают акантолитические клетки – это изменившиеся клетки шиповатого слоя, которые подверглись акантолизу и дегенерировали и отличаются от нормальных клеток этого слоя:

- 1) они круглые (овальные), разобщены, величина меньше нормальных эпидермоцитов,
- 2) ядра интенсивно окрашены,
- 3) в увеличенном ядре можно обнаружить 2-3 крупных ядрышка,
- 4) цитоплазма клеток резко базофильна, окрашивается неравномерно; вокруг ядра образуется светло-голубая зона, а по периферии сгущение окраски в виде интенсивного синего ободка (ободок концентрации),
- 5) акантолитические клетки при пузырьчатке могут образовывать клетки-симпласты, содержащие несколько ядер

**Задача №6**

Больная В., 6 лет, поступила в КВД в мае с жалобами на наличие высыпаний по всему телу. Заболела 5 месяцев назад. Лечение десенсибилизирующими и антигистаминными препаратами эффекта не дало.

При поступлении общее состояние средней тяжести, отмечается

Поражение кожи носит распространенный характер: на коже лица, туловища и конечностей имеются поверхностные пузыри с дряблой покрывкой, располагающиеся на видимо неизменной коже. Кроме того, на коже лица и туловища имеются обильные слоистые корки не только на месте пузырей, но и на видимо здоровой коже. Симптом Никольского резко положителен даже на внешне неизменной коже..

Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза?

**Эталон ответа**

**Взятие материала на акантолитические клетки,**

**оценка результатов**

**Цель.** Определение патологических изменений в тканях на клеточном уровне.

**Методика.** С поверхности дна свежего пузыря скальпелем или путем прикладывания и легкого надавливания кусочком простерилизованной кипячением ученической резинки (метод отпечатков) берут материал и переносят на стерильные обезжиренные предметные стекла, фиксируют в течение 1 мин метиловым спиртом, высушивают при комнатной температуре и окрашивают по Романовскому-Гимзе, наносят на 20-25мин свежеприготовленный раствор тазур-эозина, затем смывают краситель дистиллированной водой высушивают мазки при комнатной температуре. После приготовления и окраски препараты исследуют под микроскопом при увеличении 10X40. При последующей микроскопии препаратов обнаруживают акантолитические клетки – это изменившиеся клетки шиповатого слоя, которые подверглись акантолизу и дегенерировали и отличаются от нормальных клеток этого слоя:



- 1) они круглые (овальные), разобщены, величина меньше нормальных эпидермоцитов,
- 2) ядра интенсивно окрашены,
- 3) в увеличенном ядре можно обнаружить 2-3 крупных ядрышка,
- 4) цитоплазма клеток резко базофильна, окрашивается неравномерно; вокруг ядра образуется светло-голубая зона, а по периферии сгущение окраски в виде интенсивного синего ободка (ободок концентрации),
- 5) акантолитические клетки при пузырьчатке могут образовывать клетки-симпласты, содержащие несколько ядер

#### **Тема 4**

##### **Задача № 7.**

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

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

Вопросы:

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

**Эталон ответа.**

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

нафталаном, кортикостероидные мази с антибиотиками.

##### **Задача № 8**

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

Вопросы:

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

**Эталон ответа**

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

#### **Тема 5**

##### **Задача №9.**

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

На коже волосистой части головы, туловища, разгибательных поверхностях рук, ног

милиарные, лентикулярные, монетовидные папулы розово-красного цвета. На папулах чешуйки располагаются в центре, по их периферии виден красный ободок. На коленях и локтях бляшки. На месте эритемы от УФО свежие точечные узелковые высыпания.

Вопросы:

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

**Эталон ответа**

1. Псориаз. Псориатическая триада (феномены стеаринового пятна, терминальной пленки, точечного кровотечения).
2. Прогрессивная стадия.
3. Десенсибилизирующие препараты, седативные. Витамины (А, С, комплекса В,

никотиновая кислота). Наружно: 2%-ная салициловая мазь или кортикостероидные мази, затем рассасывающие средства.

**Задача №10.**

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

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

Вопросы:

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

**Эталон ответа**

1. У больного диссеминированный экссудативный псориаз, прогрессирующая стадия, осенне-зимняя форма.
2. Лечение: десенсибилизирующие, антигистаминные, мочегонные, препараты калия, гемодез 400,0 внутривенно 2 раза в неделю, затем присоединение иммуностимулирующих средств – пирогенал, аутогемотерапия, витаминотерапия. Наружно- 3% серная мазь. Физиолечение: элекросон в прогрессирующей стадии. Общее УФО в регрессивной стадии.
3. Диспансерное наблюдение у дерматолога, избегать переохлаждения и стрессов, противорецидивное лечение осенью (витаминотерапия, иммуностимуляторы, общее УФО).

**Задача № 11.**

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

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

Вопросы:

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

**Эталон ответа**

1. У больного диссеминированный экссудативный псориаз, прогрессирующая стадия, осенне-зимняя форма.

2. Лечение: десенсибилизирующие, антигистаминные, мочегонные, препараты калия, гемодез 400,0 внутривенно 2 раза в неделю, затем присоединение иммуностимулирующих средств – пирогенал, аутогемотерапия, витаминотерапия. Наружно- 3% серная мазь. Физиолечение: элекросон в прогрессирующей стадии. Общее УФО в регрессивной стадии.
3. Диспансерное наблюдение у дерматолога, избегать переохлаждения и стрессов, противорецидивное лечение осенью (витаминотерапия, иммуностимуляторы, общее УФО).

## **Тема 6**

### **Задача № 12.**

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

Вопросы:

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

### **Эталон ответа.**

1. У больной листовидная пузырчатка (эрозии, покрытые слоистыми корками, РН-клетки обнаружены в мазках отпечатках, симптом Никольского положителен, тяжелое общее состояние больной).
2. Листовидную пузырчатку дифференцируют с эритродермиями различного происхождения (вторичные эритродермии, токсикодермии), с токсическим эпидермальным некролизом (синдром Лайелла), вульгарной пузырчаткой, герпетиформным дерматитом Дюринга (пузырной формой).
3. Начинают лечение с ударных доз кортикостероидных гормонов 100-180 мг преднизолон - комбинация парентерального и перорального пути введения препарата - до эпителизации эрозий с последующим снижением дозы препарата до поддерживающей каждые 5 -10 дней на 5-2,5 мг. Одновременно назначают препараты калия (аспаркам, панангин), антибиотики широкого спектра, затем – по чувствительности флоры к антибиотикам, витамины группы В, аскорбиновую кислоту, анаболические гормоны (ретаболил, нераболил), антикоагулянты, диуретики. Возможна комбинация кортикостероидов с цитостатиками, что позволяет снизить дозу стероидов. Наружно: аэрозоли, содержащие глюкокортикоиды и антибиотики, анилиновые красители.
4. Осложнениями стероидной терапии могут быть: пиодермия, кандидоз, остеопороз, стероидные язвы, стероидный сахарный диабет, гипертоническая болезнь, тромбозы, эмболии, развитие Кушингоида, гирсутизм, стероидные психозы.
5. Для профилактики рецидивов пузырчатки больным, находящимся под наблюдением, необходимо 1 раз в 2-3 недели контролировать уровень сахара в крови и моче, протромбин, АД, как правило больные находятся на инвалидности ПилиШ группы. Больные, находящиеся на длительной поддерживающей гормональной терапии, нуждаются в санаторно-курортном лечении в санаториях нервно-сосудистого и желудочно-кишечного профиля

### **Задача № 13.**

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

Родилась в срок, росла и развивалась нормально. В детстве перенесла корь, ветряную оспу и ангины. Замужем с 17 лет, имела 3 беременности, 2 из которых закончились нормальными родами, дети здоровы. Последняя беременность была прервана в июле 2007 года ввиду заболевания пузырьчаткой. Наследственность неотягощена, родители, 2 брата и 2 сестры здоровы.

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

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

Вопросы:

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

**Эталон ответа**

1. У больной вульгарная пузырьчатка (наличие пузырей с вялой покрывкой, эрозий, корок, положительного симптома Никольского, акантолитических клеток в мазках-отпечатках).
2. Вульгарную пузырьчатку следует отличать от буллезного пемфигоида, буллезной формы герпетиформного дерматоза Дюринга, буллезной разновидности многоформной эритемы, токсического эпидермального некролиза Лайелла.
3. Начинают лечение с ударных доз кортикостероидных гормонов 100-180 мг преднизолона - комбинация парентерального и перорального пути введения препарата - до эпителизации эрозий с последующим снижением дозы препарата до поддерживающей каждые 5-10 дней на 5-2,5 мг. Одновременно назначают препараты калия (аспаркам, панангин), антибиотики широкого спектра, затем - по чувствительности флоры в антибиотикам, витамины группы В, аскорбиновую кислоту, анаболические гормоны (ретаболил, нераболил), антикоагулянты, диуретики. Возможна комбинация кортикостероидов с цитостатиками, что позволяет снизить дозу стероидов. Наружно: аэрозоли, содержащие глюкокортикоиды и антибиотики, анилиновые красители.
4. Прогноз при пузырьчатке неблагоприятный. Больные постоянно находятся на поддерживающей дозе кортикостероидов, чаще больные гибнут от осложнений, вызванных кортикостероидами и цитостатиками (при их применении). Состояние больного во многом определяется аккуратностью в выполнении врачебных назначений. Летальность при пузырьчатке в первые 3 года от начала заболевания составляет 3-27%

**Задача №14**

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

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

Вопросы:

1. Поставьте диагноз больной.

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Назначьте лечение больной.

**Эталон ответа**

1. Листовидная пузырчатка

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

3. Начинают лечение с ударных доз кортикостероидных гормонов 100-180 мг преднизолона - комбинация парентерального и перорального пути введения препарата - до эпителизации эрозий с последующим снижением дозы препарата до поддерживающей каждые 5 -10 дней на 5-2,5 мг.

Одновременно назначают препарата калия (аспаркам, панангин), антибиотики широкого спектра, затем – по чувствительности флоры к антибиотикам, витамины группы В, аскорбиновую кислоту, анаболические гормоны (ретаболил, нераболил), антикоагулянты, диуретики. Возможна комбинация кортикостероидов с цитостатиками, что позволяет снизить дозу стероидов. Наружно: аэрозоли, содержащие глюкокортикоиды и антибиотики, анилиновые красители.

**Тема 7**

**Задача № 15.**

Больной А., 15 лет обратился к дерматологу с жалобами на поражение кистей. Болен 10 дней. Не лечился. Мыл руки с мылом, считая, что таким образом сможет избавиться от болезни.

При осмотре: на коже кистей имеются дряблые пузыри с гнойным содержимым и венчиком гиперемии по периферии, гнойные корки соломенно-желтого цвета, эрозии с серозно-гнойным отделяемым, увеличены и болезненны подмышечные лимфоузлы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Как называется первичный элемент сыпи при данном заболевании?

3. Что способствовало дальнейшему распространению высыпаний?

4. Назначьте лечение больному.

**Эталон ответа**

1. У больного стрептококковое импетиго кистей, осложненное лимфаденитом.

2. Пустула при стрептококковом импетиго называется «фликтена».

3. Водные процедуры.

4. Исключить контакт с водой. Местно: анилиновые красители, пасты с добавлением антибактериальных мазей (фуцидин, банеоцин, гентамициновая и др.). Поскольку имеется лимфаденит, следует назначить антибиотик по результатам посева и определения чувствительности выделенной флоры к антибиотикам (макролиды, линкозамиды и т. д).

**Задача №16**

На прием к врачу обратился мужчина 40 лет, по профессии тракторист, с жалобами на появление гнойничков на коже шеи и предплечий, их болезненность и повышение температуры тела до 37,5°.

Болен около 3-х месяцев. Лечился самостоятельно. Без существенного эффекта. Больной злоупотребляет алкоголем. На коже шеи и предплечий - многочисленные пустулы и воспалительные узелки, связанные с волосяным фолликулами. Кроме этих высыпаний на задней поверхности шеи выявляются несколько узлов величиной от лесного до грецкого ореха, насыщенного синюшно-розового цвета, тестоватой консистенции, центральную часть которых занимают гнойно-некротические корки пронизанные волосами. На месте бывших высыпных элементов - пигментированные и депигментированные рубцы и рубчики.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. Какие необходимо провести лабораторные исследования больному?

**Эталон ответа**

1. Фолликулит. Фурункулез

2. Санация очагов хронической инфекции (консультации стомаолога, гастроэнтеролога, лор-врача)

### 3. Обследования на глюкозу крови, консультация эндокринолога

#### **Тема 8**

##### **Задача № 17.**

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

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

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

Под люминесцентной лампой – бурое свечение пятен.

Вопросы:

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

##### **Эталон ответа**

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

##### **Задача №18**

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

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

Вопросы:

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

##### **Эталон ответа**

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

##### **Задача №19**

На прием к врачу обратился больной 43 лет с жалобами на зуд, сухость, шелушение кожи стоп. Заболел три года назад, когда заметил сухость кожи стоп, трещины. Заболевание связывает с повышенной потливостью стоп, так как работать приходится в цехе с высокой температурой

воздуха. Моется ежедневно после смены в общей душевой, дезинфекция которой, как удалось выяснить, не проводится. В настоящее время процесс носит стойкий характер, распространяется на тыл стоп. Сопутствующие заболевания – находится на учете у эндокринолога по поводу дисфункции надпочечников.

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

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Лечебные мероприятия.

**Эталон ответа**

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

## **Тема 9**

### **Задача № 20**

На прием к врачу обратились родители с мальчиком 2,5 лет. Их беспокоило, что на коже туловища ребенка появились узелки. Субъективных жалоб мальчик не предъявляет. Впервые эти узелки заметили две недели тому назад, их количество постоянно увеличивалось. Родители отметили, что подобные образования имеются на теле еще у трех детей, которые вместе с их ребенком посещают детское учреждение.

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

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Обоснование диагноза?

**Эталон ответа**

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

### **Задача № 21**

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

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Назначьте лечение больной

**Эталон ответа**

1. Опоясывающий лишай.
2. Противовирусные препараты, анальгетики, витамин В<sub>1</sub>. Наружно – анилиновые красители, противовирусные мази.

### **Задача № 22**

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

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

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Назначьте лечение

**Эталон ответа**

1. Диагноз: простой пузырьковый лишай или простой герпес.
2. Лечение местное: анилиновыми красителями и противовирусными мазями. При частых обострениях более 4 раз в год – общая терапия производными ацикловира.

## **Тема 10**

### **Задача №23**

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

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

Вопросы:

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

**Эталон ответа**

1. У матери и ее сына - чесотка.
2. У детей клинические проявления чесотки напоминают крапивницу, экзему. Высыпания могут располагаться на лице, волосистой части головы, чесотка у детей часто осложняется пиодермией.
3. Необходимо обследовать бабушку и дядю, при выявлении чесотки - лечить одновременно всю семью, при отсутствии заболевания у других членов семьи – провести им профилактическое лечение. Провести дезинфекцию в очаге. Диспансерное наблюдение очага – 1,5 месяца.
4. Эмульсия бензил-бензоата 20% - взрослым, 10% - ребенку, 1 и 4 день лечения вечером после душа. На пустулы ребенку – 1% метиленовая синь.

### **Задача №24**

На приём обратилась семья (муж, жена и 5-летний ребенок) с одинаковыми жалобами на зуд кожи, усиливающийся к вечеру. Больными себя считают около месяца.

При осмотре: в области предплечий, живота, межпальцевых промежутков кистей, на гениталиях множественные мелкие папулы и папуловезикулы, многие из которых расположены попарно, с образованием сероватых полосок между элементами. На коже разгибательных поверхностей локтевых суставов – сухие импетигиозные корочки.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Обоснование диагноза?
3. Принципы лечения?

**Эталон ответа**

1. Предварительный диагноз: чесотка



2. Обоснование диагноза :парные элементы, чесоточные ходы между ними, симптом Горчакова-Арди на локтях.
3. Лечение: втирание 20% эмульсии бензилбензоата - до 4 дней, (ребенку –10%), или однократная обработка “ Спрегалем”, или обработка по Демьяновичу и т.д., дезинфекция белья и одежды.

## **Тема 11**

### **Задача №25**

Больная, М, 1960 г.р., обратилась с жалобами на высыпания, которые имеются с рождения на коже лобной области. Около 5 лет назад после травмы появились коричневые узелки на поверхности высыпаний. С возрастом площадь высыпаний растет по периферии.

Объективно: В области лба на участке 5, на 4 см множественные папулезные элементы телесного цвета, склонные к слиянию. В центральной части образования – узелки черного цвета 0,5-0,5- 0,8,- 0,5см. Была проведена контактная биомикроскопия пигментных папул – видна сетчатая пигментная структура образований.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Укажите, на фоне какой патологии развилось данное осложнение.
3. Назовите заболеваниями, с которыми необходимо дифференцировать.
4. Назовите методы исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
5. Лечение больной.

### **Эталон ответа**

1. Пигментная форма базалиомы.
2. На фоне невуса сальных желез.
3. Дифференцировать с гиперплазией сальных желез.
4. Биопсия в онкоцентре.
5. Лечение в онкоцентре.

### **Задача №26**

Больной Р. обратился в ККВД с жалобами на образование на коже живота. Из анамнеза: со слов больного на коже живота длительно существовала «родинка», которая последние месяцы стала увеличиваться в размере и менять цвет.

Локальный статус: На коже передней брюшной области солитарная бляшка плотноэластической консистенции с неровными границами. Цвет бляшки неравномерный – от коричневого до черного. Поверхность бляшки бугристая.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Уточните, на фоне какой патологии развилось данной осложнение.
3. Укажите, с какими кожными заболеваниями необходимо дифференцировать.
4. Укажите, какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза.
5. Дайте прогноз.

### **Эталон ответа**

1. Меланома.
2. На фоне пигментного невуса.
3. Пигментный невус, сенильная кератома.
4. Тотальное удаление в онкоцентре с гистологическим исследованием.
5. Прогноз неблагоприятный в силу быстрого развития метастазов

## **Тема 12**

### **Задача № 27**

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

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

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

Серологические реакции положительные.

**ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗ, ЭПИД. МЕРОПРИЯТИЯ.**

**Эталон ответа**

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

**Задача № 28**

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

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

**ТАКТИКА ОБЛЕДОВАНИЯ И ОБОСНОВАНИЯ ДИАГНОЗА.**

**Эталон ответа**

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

**Задача № 29**

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

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

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

Серологические реакции – отрицательные.

**ОБОСНУЙТЕ ДИАГНОЗ. ЭПИД. МЕРОПРИЯТИЯ.**

**Эталон ответа**

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

**Тема 13**

**Задача № 30.**

Больной К., 16 лет, учащийся колледжа, имеет постоянное место жительства, поступил в венерологическое отделение с жалобами на гнойные выделения из уретры и рези при

мочеиспускании. Болен 10 дней. Имел половой контакт со случайной партнершей, через 6 дней после чего появились гнойные выделения из уретры и рези при мочеиспускании. С этими явлениями обратился в кожно-венерологический диспансер, где при исследовании в мазках из уретры был обнаружен гонококк.

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

Макроскопическое исследование мочи: обе порции диффузно мутные. Микроскопическое исследование мочи: лейкоциты покрывают все поле зрения. Микроскопическое исследование мазков отделяемого слизистой оболочки уретры: лейкоцитоз и гонококки. Общий анализ крови: Нб142 г/л, лейкоциты -  $5,4 \times 10^9$  /л, СОЭ 6 мм в час. Комплекс серологических реакций на сифилис отрицателен.

Вопросы:

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

#### **Эталон ответа**

1. У больного свежая неосложненная гонорея, острый тотальный уретрит.
2. Для лечения этого больного можно рекомендовать бензил-пенициллин в курсовой дозе 3,4 млн ЕД: первая инъекция 600 000 ЕД, последующие 400 000 ЕД с интервалом 3 ч без ночного перерыва, или спектиномицин 2,0 г внутримышечно однократно.
3. Комбинированная провокация - это чаще всего сочетание биологической (500 млн микробных тел гоновакцины внутримышечно), химической (инстилляцией в уретру 0,5 % раствора нитрата серебра) и алиментарной (острая, соленая пища) провокаций.
4. Больному гонореей с невыявленным источником заражения, но имеющим постоянное место жительства, превентивное лечение не проводится, клинико-серологический контроль осуществляется в течение 3-х месяцев.

#### **Задача № 31.**

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

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

Вопросы:

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

### **Эталон ответа**

1. У больного хронический тотальный уретрит и хронический катаральный простатит.
2. Для выяснений этиологии воспаления следует провести исследование на весь спектр возбудителей ЗППП. При исследовании соскоба из уретры: гонококки, трихомонады, уреаплазмы не найдены. Обнаружены методом ПИФ с моноклональными антителами хламидии.
3. Окончательный диагноз: Хронический хламидийный тотальный уретрит, хронический хламидийный катаральный простатит.
4. Лечение хронического хламидиоза: иммуномодулятор Миелопид в/м по 1 дозе 1 раз в день в течение 3-5 дней, затем Вильпрафен (Джозамицин) по 500 мг 2 раза в день - 15 дней. Параллельно назначают пероральные эубиотики (ацилакт, бификол) до 30 дней по 5 доз на прием 1 раз в день. Индуктометрия промежности
5. Контроль излеченности урогенитального хламидиоза проводится по суммарным клинико-лабораторным показателям. Критериями излеченности является: исчезновение клинических симптомов заболевания, отсутствие морфологических изменений в области пораженных органов, Элиминация возбудителя. Излеченными считаются больные, у которых клиническое выздоровление сочетается с этиологическим. 1 контроль проводится сразу после окончания лечения. Если обнаруживаются единичные элементарные тельца, то курс лечения может быть продлен не более, чем на 10 дней. Дальнейший клинико-лабораторный контроль проводится 1 раз в месяц в течение 1-2 месяцев.

### **Задача № 32**

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

Вопросы:

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

### **Эталон ответа**

1. У новорожденного офтальмохламидиоз (конъюнктивит с включениями). У матери хронический хламидийный эндоцервицит.
2. Заражение - при прохождении через родовые пути матери.
3. Меры профилактики - обследование беременных на хламидийную инфекцию, лечение хламидиоза у беременных.
4. Лечение: новорожденного: 2% глазная эритромициновая мазь закладывается 3 раза в день за нижнее веко - в течение 7 дней.  
Лечение матери - эритромицин по 500 мг через 6 часов - 14 дней, или Вильпрафен (джозамицин) по 500 мг 2 раза в день - 15 дней. Эубиотики внутрь, иммуномодулятор Миелопид, гино-певарил в свечах интравагинально - для профилактики кандидоза.

### **Тема 14**

#### **Задача № 33.**

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

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

### **Эталон ответа**

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

#### **Задача № 34.**

Женщина 40 лет обратилась в лабораторию для обследования на СПИД. Свое желание мотивировала тем, что была на отдыхе на туристической базе, в области, где зарегистрированы случаи СПИД, и что она подверглась укусам кровососущих членистоногих.

Вопросы:

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

#### **Эталон ответа**

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

#### **4. Организация СРС**

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: факультет, кафедра, учебный и методический отделы, преподаватель, библиотека, электронная информационно-образовательная среда ВУЗа и сам обучающийся.

#### **5. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»**

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1.	Методика обследования дерматологических больных. Первичные и вторичные морфологические элементы.	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
2.	Современные лабораторные, инструментальные, диагностические методы исследования в дерматологической клинике, показания, техника, интерпретация результатов.	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
3.	Установление диагноза в дерматологической клинике с учетом действующей международной статистической классификации. Дифференциальная диагностика дерматологических заболеваний, в том числе неотложных. Показания для госпитализации в дерматологическую клинику	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
4.	Дерматиты. Экземы.	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
5.	Псориаз. Этиология, патогенез, клиника, лечение.	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
6.	Пузырные дерматозы. Пузырчатка обыкновенная. Этиология, патогенез, клиника, лечение.	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций

7.	Гнойничковые заболевания кожи. Этиология, патогенез, клиника, лечение.	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
8.	Микозы. Этиология, патогенез, клиника, лечение	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
9.	Вирусные дерматозы. Этиология, патогенез, клиника, лечение	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
10	Паразитарные заболевания кожи. Чесотка. Этиология, патогенез, клиника, лечение	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
11	Доброкачественные и злокачественные новообразования кожи.	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
12	Сифилис. Этиология, патогенез, клиника, лечение	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
13	Гонорея. Трихомониаз. Негонококковые уретриты.	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
14	Дерматологические аспекты СПИДа.	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
	ИТОГО СРС 36	

#### **6. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»**

##### **Для оценки рефератов:**

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

##### **Для оценки решения ситуационной задачи:**

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

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

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

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

##### **Для оценки презентаций:**

Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации.

Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

#### **Для оценки эссе**

❖ Оценка «отлично» выставляется, если студент грамотно выделил основной проблемный вопрос темы, структурирует материал, владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, высказывает собственное мнение по поводу проблемы, грамотно формирует и аргументирует выводы.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если студент грамотно выделил основной проблемный вопрос темы, структурирует материал, владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, но не демонстрирует широту охвата проблемы, не полностью ориентирован в существующем уровне развития проблемы, при этом высказывает собственное мнение по поводу проблемы и грамотно, но не достаточно четко аргументирует выводы.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если студент не выделил основной проблемный вопрос темы, плохо структурирует материал, слабо владеет приемами анализа, обобщения и сравнения материала, не демонстрирует широту охвата проблемы, не полностью ориентирован в существующем уровне развития проблемы, не высказывает собственное мнение по поводу проблемы и не достаточно четко аргументирует выводы.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Студент не ориентирован в проблеме, затрудняется проанализировать и систематизировать материал, не может сделать выводы.

## **МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ**

### **1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»**

В процессе самостоятельной работы студент приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

*Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя*

*студент должен:*

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем и компетенциями в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по дисциплине «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

*студент может:*

сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого (ФГОС ВО) по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, его компетентность. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

### **2. Методические рекомендации для студентов по отдельным формам самостоятельной работы.**

С первых же сентябрьских дней на студента обрушивается громадный объем информации, которую необходимо усвоить. Нужный материал содержится не только в лекциях (запомнить его – это только малая часть задачи), но и в учебниках, книгах, статьях. Порой возникает необходимость привлекать информационные ресурсы Интернет, ЭИОС, ЭБС и др. ресурсы.

Система вузовского обучения подразумевает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Вчерашнему школьнику сделать это бывает весьма непросто: если в школе ежедневный контроль со стороны учителя заставлял постоянно и систематически готовиться к занятиям, то в вузе вопрос об уровне знаний вплотную встает перед студентом только в период сессии. Такая ситуация оборачивается для некоторых соблазном весь семестр посвятить свободному времяпрепровождению («когда будет нужно – выучу!»), а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

**Работа с книгой.**



При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.

Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.

Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.

Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).

При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.

Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.

Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при перечитывании записей лучше запоминались.

Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.

Различают два вида чтения; первичное и вторичное. *Первичное* - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого слова. Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения.

Задача *вторичного* чтения - полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).

### **Правила самостоятельной работы с литературой.**

Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь можно свести к следующим:

- Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться; «не старайтесь запомнить все, что вам в ближайшее время не понадобится, – советует студенту и молодому ученому Г. Селье, – запомните только, где это можно отыскать» (Селье, 1987. С. 325).
- Сам такой перечень должен быть систематизированным (что необходимо для семинаров, что для экзаменов, что пригодится для написания курсовых и дипломных работ, а что Вас интересует за рамками официальной учебной деятельности, то есть что может расширить Вашу общую культуру...).
- Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень сэкономить время).
- Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.
- При составлении перечней литературы следует посоветоваться с преподавателями и научными руководителями (или даже с более подготовленными и эрудированными сокурсниками), которые помогут Вам лучше сориентироваться, на что стоит обратить большее внимание, а на что вообще не стоит тратить время...
- Естественно, все прочитанные книги, учебники и статьи следует конспектировать, но это не означает, что надо конспектировать «все подряд»: можно выписывать кратко основные идеи автора и иногда приводить наиболее яркие и показательные цитаты (с указанием страниц).
- Если книга – Ваша собственная, то допускается делать на полях книги краткие пометки или же в конце книги, на пустых страницах просто сделать свой «предметный указатель», где отмечаются наиболее интересные для Вас мысли и обязательно указываются страницы в тексте автора (это

очень хороший совет, позволяющий экономить время и быстро находить «избранные» места в самых разных книгах).

- Если Вы раньше мало работали с научной литературой, то следует выработать в себе способность «воспринимать» сложные тексты; для этого лучший прием – научиться «читать медленно», когда Вам понятно каждое прочитанное слово (а если слово незнакомое, то либо с помощью словаря, либо с помощью преподавателя обязательно его узнать), и это может занять немалое время (у кого-то – до нескольких недель и даже месяцев); опыт показывает, что после этого студент каким-то «чудом» начинает буквально заглатывать книги и чуть ли не видеть «сквозь обложку», стоящая эта работа или нет...

- «Либо читайте, либо перелистывайте материал, но не пытайтесь читать быстро... Если текст меня интересует, то чтение, размышление и даже фантазирование по этому поводу сливаются в единый процесс, в то время как вынужденное скорочтение не только не способствует качеству чтения, но и не приносит чувства удовлетворения, которое мы получаем, размышляя о прочитанном», – советует Г. Селье (Селье, 1987. – С. 325-326).

- Есть еще один эффективный способ оптимизировать знакомство с научной литературой – следует увлечься какой-то идеей и все книги просматривать с точки зрения данной идеи. В этом случае студент (или молодой ученый) будет как бы искать аргументы «за» или «против» интересующей его идеи, и одновременно он будет как бы общаться с авторами этих книг по поводу своих идей и размышлений... Проблема лишь в том, как найти «свою» идею...

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того насколько осознанно читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во многом зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста:**

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения:**

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;
2. просмотрное – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для студентов является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь.

Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;
3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного.

Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

***Методические рекомендации по составлению конспекта:***

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

**Практические занятия.**

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях студент не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если студент видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

**Самопроверка.**

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или

пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

### **Консультации**

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у студента возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах студент должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

### **Подготовка к экзаменам и зачетам.**

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, студент ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене студент демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом студентов познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у студента должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

### **Правила подготовки к зачетам и экзаменам:**

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).
- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.
- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для студента работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если студент самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.
- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше продемонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).

- Сначала студент должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательно аргументированные точки зрения.

#### **Правила написания научных текстов (рефератов):**

- Важно разобраться сначала, какова истинная цель Вашего научного текста - это поможет Вам разумно распределить свои силы, время и.
- Важно разобраться, кто будет «читателем» Вашей работы.
- Писать серьезные работы следует тогда, когда есть о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями. • Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стремясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно, что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важным мест и т. п.), у культурного читателя должна вызывать брезгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего «информационного мусора»).
- Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.
- Как создать у себя подходящее творческое настроение для работы над научным текстом (как найти «вдохновение»)? Во-первых, должна быть идея, а для этого нужно научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке.

Далее можно взять что-то из МР по дисциплине, относящееся к конкретным видам СРС на данной дисциплине.

### **3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»**

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1.	Методика обследования дерматологических больных. Первичные и вторичные морфологические элементы.	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
2.	Современные лабораторные, инструментальные, диагностические методы исследования в дерматологической клинике, показания, техника, интерпретация результатов.	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
3.	Установление диагноза в дерматологической клинике с учетом действующей международной статистической классификации. Дифференциальная диагностика дерматологических заболеваний, в том числе неотложных. Показания для госпитализации в дерматологическую клинику	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
4.	Дерматиты. Экземы.	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
5.	Псориаз. Этиология, патогенез, клиника, лечение.	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
6.	Пузырные дерматозы. Пузырчатка обыкновенная. Этиология, патогенез, клиника, лечение.	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
7.	Гнойничковые заболевания кожи. Этиология, патогенез, клиника, лечение.	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
8.	Микозы. Этиология, патогенез, клиника, лечение	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
9.	Вирусные дерматозы. Этиология, патогенез, клиника, лечение	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций

10	Паразитарные заболевания кожи. Чесотка. Этиология, патогенез, клиника, лечение	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
11	Доброкачественные и злокачественные новообразования кожи.	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
12	Сифилис. Этиология, патогенез, клиника, лечение	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
13	Гонорея. Трихомониаз. Негонококковые уретриты.	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
14	Дерматологические аспекты СПИДа.	решение ситуационных задач, написание рефератов, подготовка презентаций
	ИТОГО СРС 36	

**4. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ» в соответствии с п.б.**