



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

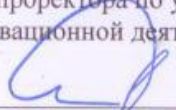
"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

экз. № _____

«УТВЕРЖДАЮ»

И.о. проректора по учебной работе, науке и
инновационной деятельности

 / А.В. Силин/
«31» августа 2017 г.

ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

Направление подготовки (код, название)	31.08.32 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ
Форма обучения	очная

Вид практики	производственная (клиническая)
Тип практики	Обучающий симуляционный курс
Способ проведения практики	стационарная
Объем практики (в зач. единицах)	3
Продолжительность производственной практики (в акад. часах)	108

Санкт-Петербург – 2017

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.32 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ, утвержденного «25» августа 2014 г. № 1074 и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

Составители программы практики:

Разнатовский К.И. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии
Вашкевич А.А. к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии
Смирнова Т. С. к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии

Рецензент:

Горланов И.А. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии
СПбГПМУ

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры дерматовенерологии
«09» июня 2017 г. Протокол №10

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели практики.....	4
2. Задачи практики.....	4
3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы .	4
4. Формы проведения практики	4
5. Время и место проведения практики	4
6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики	5
7. Структура и содержание практики	7
8. Формы отчетности и аттестации по практике	9
9. Фонд оценочных средств.....	9
9.1. Критерии оценки.....	9
9.2. Оценочные средства	10
10. Учебно-методическое и информационное обеспечение	15
11. Материально-техническое обеспечение дисциплины:.....	18
12. Методические рекомендации по прохождению симуляционного курса.....	19

1. Цели практики

формирование профессиональных компетенций (умений и навыков), необходимых для оказания экстренной медицинской помощи в объеме первой врачебной помощи (базового реанимационного пособия) при остановке дыхания и кровообращения и навыками осмотра и выполнения диагностических и лечебных манипуляций, в соответствии с разделом «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» приказа МЗ РФ № 541н от 23.07.2010 «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», а также формирование умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы врача–дерматовенеролога.

2. Задачи практики

Формирование и отработка практического алгоритма действий при проведении сердечно-легочных реанимационных мероприятий и неотложной медицинской помощи у пациентов; на основе имеющихся знаний, приобретенных в процессе обучения в ВУЗе, так и в клинической ординатуре, сформировать практические навыки, необходимые для самостоятельной работы в качестве врача-дерматовенеролога

3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Симуляционный курс относится к базовой части Блока 2 «Практики» ФГОС ВО по специальности 31.08.32 Дерматовенерология.

Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки формируемыми дисциплинами:

Дерматовенерология:

Знания: анатомо–физиологических, возрастных и половых особенностей здорового и больного человека; основных диагностических методов заболеваний кожи и ее придатков;

Умения: получить информацию о проблеме пациента, установить возможные причины с учетом влияния на организм социальных, наследственных, профессиональных, возрастных и климатических факторов; проводить функциональные, лабораторные и инструментальные исследования, давать им оценку;

Навыки: владения лабораторными и инструментальными методами, медико–технической аппаратурой, используемой в исследовании и работе с пациентами; постановки диагноза на основании клинических данных и результатов лабораторного исследования

4. Формы проведения практики

Практика проводится дискретно: путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

Возможно сочетание дискретного проведения практик по их видам и по периодам их проведения.

5. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом симуляционный курс проводится:

общепрофессиональные умения и навыки «Расширенная сердечно-легочная реанимация», 36 часов 1зе – в первом семестре на кафедре семейной медицины ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова;

специальные профессиональные умения и навыки, 72 часа – в третьем семестре на базе аттестационно-обучающего симуляционного центра ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

№ п/п	Компетенции		Результаты практики		
	Код	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	ПК–1	профилактическая деятельность: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	принципы организации работы отделений профилактики, центров здоровья, формы и методы профилактического консультирования по вопросам медицинской профилактики основных неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни; уровни и методы первичной профилактики, методы диагностики и профилактики инфекционных заболеваний кожи и слизистых оболочек, ИППП.	применять нормативно–правовую базу в медицинской профилактике; предпринимать меры профилактики направленные на предупреждения возникновения или распространения, использовать знания по профилактике болезней кожи и ИППП использовать различные формы мотивации, обучения, консультирования в области формирования здорового образа жизни и навыков медицинской профилактики	методами оценки природных и медико–социальных факторов среды в развитии болезней, их коррекции, давать рекомендации по здоровому питанию, мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастн–половых групп и состояния здоровья, навыками проведения гигиенического воспитания в формировании здорового образа жизни населения, самостоятельной разработки программ и проектов популяционной и индивидуальной профилактики.
2	ПК–2	готовность к проведению профилактической	принципы ведения типовой учетно–отчетной	провести общеклиническое исследование по	навыками осуществления санитарно–

		их медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	медицинской документации, требования и правила получения информированного согласия на диагностические процедуры правила составления диспансерных групп; основные принципы диспансеризации больных с заболеваниями кожи и ИППП	показаниям выяснять жалобы пациента, собирать анамнез заболевания и жизни, заполнять документацию; проводить клиническое обследование пациента: внешний осмотр, формировать диспансерные группы,	просветительской работы с взрослым населением, направленной на пропаганду здоровья, предупреждение заболеваний кожи, навыками заполнения учетно–отчетной документации, навыками оформления информированного о согласия, методами контроля за эффективностью диспансеризации
3	ПК-5	диагностическая деятельность: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных с инфекционными и неинфекционными заболеваниями кожи, необходимые для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	выбирать и использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов клинико–иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики заболевания и патологических процессов; оформлять медицинскую документацию. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования.	владеть методами обследования (расспрос, сбор объективной и субъективной информации) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов при кожных заболеваниях; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза пациентам на основании Международной классификации болезней
4	ПК-6	лечебная деятельность:	основные характеристики	оказывать первую помощь, лечебные	алгоритмом выполнения

		готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями	лекарственных препаратов, используемых в дерматовенерологии, показания и противопоказания к их назначению, показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов; методы лечения заболеваний, согласно установленным стандартам.	мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях, осуществить выбор и обосновать необходимость применения лекарственных средств.	основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий при неинфекционных болезнях кожи, инфекционных и паразитарных болезнях кожи, микозах, инфекциях, передаваемых половым путем; оценки тяжести состояния больного: определения объема первой и неотложной помощи и оказания ее; выявления показания к срочной или плановой госпитализации; составления обоснованного плана лечения; выявления возможных осложнений лекарственной терапии; коррекции плана лечения при отсутствии эффекта или развитии осложнений; своевременно выявлять жизнеопасные нарушения
5	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Особенности патологии у пострадавших в ЧС.	Оказывать медицинскую помощь пострадавшим в ЧС.	Навыками в организации оказания медицинской помощи в ЧС.

7. Структура и содержание практики

Учебно-тематический план

№ п/п	Тема	Час.	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
1	Расширенная сердечно-легочная реанимация	36		
1.1.	Базисная сердечно-легочная реанимация	18	Изучение современных принципов базисной сердечно-легочной реанимации. Отработка навыков базисной сердечно-легочной реанимации на манекенах. Отработка навыка использования автоматического наружного дефибриллятора	10 10
1.2.	Расширенная сердечно-легочная реанимация	18	Изучение современных принципов расширенной сердечно-легочной реанимации. Отработка навыков проведения ИВЛ с приспособлениями. Изучение принципов диагностики и лечения шока. Изучение принципов диагностики и лечения острого коронарного синдрома	10
Специальные профессиональные умения и навыки				
Дерматовенерология				
1	Неинфекционные дерматозы	20	практические навыки по забору патологических материалов для специальных исследований; практические навыки по выявлению патогномоничных симптомов; практические навыки по оценке степени тяжести течения атопического дерматита SCORAD; практические навыки по оценке степени тяжести течения псориаза: PASI, BSA; практические навыки по проведению диагностической биопсия кожи для патогистологического исследования; практические навыки по	37

			проведению осмотра больного в лучах лампы Вуда; практические навыки по определению биодозы УФО.	
2	Инфекционные и паразитарные заболевания кожи	12	практические навыки по забору патологических материалов для специальных исследований; практические навыки по выявлению патогномоничных симптомов;	10
3	Дерматомикология	12	практические навыки по забору патологических материалов для специальных исследований; практические навыки по проведению осмотра больного в лучах лампы Вуда	12
4	Сифилидология	16	практические навыки по проведению непосредственного исследования больного сифилисом.	11
5	Гонорея и ИППП	12	практические навыки по проведению бимануального влагалищного осмотра. практические навыки по взятию мазков на микробиологическое и цитологическое исследование	9

8. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности:

- дневник ординатора

Форма аттестации:

- промежуточная, в форме зачета

9. Фонд оценочных средств

9.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представлен ие оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Тестовые задания	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
2.	Демонстрация ординатором практических навыков	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме. Оценка уровня владения каждым навыком	Перечень владений и навыков, полученных в период обучения	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины; овладение практическими навыками, согласно квалификационной характеристике врача - дерматовенеролога (оценки - «зачтено», «не зачтено») оценка «зачтено» - знать, выполнять самостоятельно и оценить результаты

9.2. Оценочные средства

1. Ранними симптомами травматического шока является совокупность следующих признаков:

- Угнетение сознания, снижение АД до 90 мм ртст, брадикардия до 50 в 1 мин
- + Возбужденное состояние, бледные и влажные кожные покровы, положительный симптом белого пятна, тахикардия
- Снижение АД до 70 мм ртст, тахикардия, бледные и влажные кожные покровы
- Повышение АД до 130 мм ртст, акроцианоз, тахикардия

2. Шоковый индекс Альговера позволяет определить:

- Уровень угнетения сознания
- + Степень кровопотери
- Показания к применению вазопрессоров
- Показания к применению глюкокортикоидных гормонов

3. Какой препарат следует назначить пациенту с верифицированной асистолией?

- + Адреналин в дозе 1 мг внутривенно
- Атропин в дозе 3 мг внутривенно
- Бикарбонат натрия в дозе 2-4 мл/кг
- Магния сульфат в дозе 1-2 г

4. Вы участвуете в проведении реанимации пострадавшего шестидесяти лет. С помощью автоматизированного дефибриллятора выполнена дефибрилляция, что необходимо делать далее?

- Провести анализ ритма
- Оценить пульсацию на сонной артерии
- Оценить состояние сознания
- + Проводить непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких

5. У пациента сохраняется фибрилляция желудочков после проведения трех дефибрилляций, внутривенного введения одного мг адреналина, и четвертой дефибрилляции; установлена интубационная трубка. Какой препарат следует назначить?

- + Амиодарон внутривенно в дозе 300 мг, струйно быстро
- Лидокаин в дозе 1 – 1,5 мг/кг внутривенно струйно быстро
- Новокаиномид в дозе 50 мг/мин до общей дозы 17 мг/кг
- Магния сульфат 1-2 г, 500 мл натрия хлорида 0,9% внутривенно капельно

6. Пациенту с персистирующей фибрилляцией желудочков выполнена четвертая дефибрилляция после введения 1 мг адреналина. Вы планируете вводить адреналин каждые три минуты, по какой схеме следует проводить лечение адреналином?

- Адреналин следует вводить с наращиванием дозы при каждом последующем введении: 1 мг, 3 мг, 5 мг, 7 мг
- При неэффективности первого введения адреналина следует использовать высокие дозы препарата и вводить адреналин в дозе 0,2 мг/кг
- + Препарат следует вводить только в дозе 1 мг
- Препарат можно вводить только однократно

7. Вы прикрепили электроды автоматизированного дефибриллятора (ДА) 43-летнему пострадавшему, у которого отсутствует сознание, нет самостоятельного дыхания. Дефибриллятор "сообщает": "разряд не показан". Что Вы должны сделать?

- Незамедлительно выполнить еще раз анализ сердечного ритма
- + Проводить в течение 2 мин базовую сердечно-легочную реанимацию (СЛР) и еще раз проанализировать ритм
- Проводить только СЛР до прибытия специализированной бригады
- Удалить электроды ДА ~ Оценить дыхание, при отсутствии нормального дыхания проводить СЛР

8. Главное в лечении электрической активности без пульса:

- Ранее проведение кардиоверсии
- + Устранение ее причины
- Назначение атропина
- Прекардиальный удар

9. Какое рекомендуется соотношение непрямого массажа сердца и ИВЛ при проведении СЛР двумя спасателями. Пациент не интубирован.

- 3:1
- 5:1
- 15:2
- + 30:2

10. После первого безуспешного дефибриллирующего разряда с использованием монофазного дефибриллятора у взрослого пациента, второй разряд должен быть:

- Проведен немедленно с энергией 300 Дж
- Проведен немедленно с энергией 360 Дж
- Проведен через 2 мин базовой сердечно-легочной реанимации(СЛР) с энергией 200 Дж
- + Проведен через 2 мин СЛР с энергией 360 Дж

11. С чего рекомендуется начинать базовую СЛР у детей?

- 2 вдоха, затем 15 компрессий непрямого массажа сердца
- + 5 вдохов, оценка пульса, затем 15 компрессий непрямого массажа сердца
- 5 вдохов, затем 30 компрессий непрямого массажа сердца
- 15 компрессий непрямого массажа сердца, затем 2 вдоха

12. Укажите препарат, назначение которого показано при лечении асистолии в качестве начальной терапии?

- Атропин
- Лидокаин
- + Адреналин
- Кордарон

13. Укажите соотношение компрессий грудной клетки и ИВЛ при проведении базовой сердечно-легочной реанимации у взрослых:

- 5:2
- 15:1
- 15:2
- + 30:2

14. Укажите, какой вид терапии в наибольшей степени увеличивает выживаемость пациентов с фибрилляцией желудочков?

- Адреналин
- + Дефибрилляция
- Кислород
- Кордарон

15. Временный гемостаз осуществляется:

- Лигированием сосуда в ране
- Наложением сосудистого шва
- + Давящей повязкой, жгутом, пальцевым прижатием
- Диатермокоагуляцией

16. У мужчины, пострадавшего в дорожно-транспортном происшествии, диагностирован закрытый перелом лодыжки и перелом пятого ребра слева. АД – 110/70 мм ртст, ЧСС – 92 в 1 мин. ЧД— 20 в 1 мин. Укажите необходимый объем инфузионной терапии

- 500 мл
- + Инфузионная терапия не требуется
- 250 мл
- 750 мл

17. Пациент с частотой ритма 30-40 импульсов в минуту предъявляет жалобы на головокружение и одышку при небольшой физической нагрузке. Какой препарат следует назначить?

- + Атропин 0,5 мг внутривенно
- Адреналин в дозе 1 мг внутривенно струйно быстро

- Аденозин в дозе 6 мг внутривенно
- Кордарон в дозе 300 мг

18. Какой из перечисленных препаратов необходимо применить в первую очередь для купирования болей в груди, связанных с острой ишемией миокарда?

- Лидокаин болюсом после продолжительной инфузии лидокаина
- + Нитроглицерин сублингвально
- Амиодарон болюсно после перорального применения ингибиторов АПФ
- Блокаторы кальциевых каналов в сочетании с внутривенным введением фуросемида

19. Пациент с жалобами на сжимающие боли за грудиной, длящиеся в течение 30 мин. В анамнезе длительное курение, диабет, контролируемый диетой. АД 110/70 мм рт.ст. пульс 90 ударов в минуту; по данным ЭКГ в 12 отведениях: ритм синусовый, 90 в мин. Назначен аспирин, подача кислорода в режиме 2 л/мин через назальную канюлю; нитроглицерин оказался неэффективен, боли сохраняются. Какой препарат вы назначите?

- Атропин 0,5 мг в/в
- Лидокаин 1-1,5 мг/кг
- + Морфина сульфат 3-5 мг в/в
- Аспирин в дозе 300 мг

20. Средство выбора в лечении полиморфной желудочковой тахикардии:

- Адреналин
- Атропин
- + Сульфат магния
- Лидокаин

21. Орофарингеальный воздуховод:

- Исключает необходимость контроля положения головы
- Имеет преимущества перед интубацией трахеи
- + Может вызвать рвоту и ларингоспазм у пациентов в сознании
- Исключает возможность обструкции верхних дыхательных путей

22. Основным критерием эффективности ИВЛ методом «рот-в-рот», «рот-в-маску» является:

- + Экскурсия грудной клетки
- Изменение цвета кожных покровов
- Восстановление сознания
- Появление самостоятельного дыхания

23. Основным критерием эффективности непрямого массажа сердца является:

- Диастолическое АД не менее 60 мм.рт.ст
- Ясные, звучные тоны при аускультации
- + Передаточная пульсация на сонных артериях
- Переломы ребер

Перечень владений и навыков, полученных в период обучения

№ п/п	Перечень владений и навыков
10.	Методика сбора жалоб, анамнеза и осмотра больного кожными заболеваниями и ИППП по профилю «Дерматовенерология».
11.	Методика описания кожного статуса при различных дерматозах.

12.	Методика заполнения и ведения медицинской документации (амбулаторных карт, историй болезни, учетных форм, экстренных извещений, оформление больничных листов, оформление санаторно-курортной карты и др.).
13.	Методика проведения и интерпретации основных клинико – диагностических симптомов и проб, используемых в дерматовенерологии:
14.	Анализ результатов исследования кожной тактильной, болевой, тепловой и холодовой чувствительности с целью диагностики.
15.	Определение и интерпретация кожного дермографизма
16.	Выявление симптомов «псориатической триады».
17.	Интерпретация симптома Пильнова, Воронова
18.	Выявление симптома Картамышева
19.	Определение изоморфной реакции кожи (феномена Кебнера)
20.	Оценка степени тяжести течения псориаза: PASI, BSA
21.	Методика исследования эластичности кожи с помощью зонда (симптом «проваливания зонда» А.И.Поспелова).
22.	Методика диагностики с помощью диаскопии (выявление феномена «яблочного желе»).
23.	Анализ болевой чувствительности на кожных высыпаниях (проба Ядассона, проба Бенъе-Мещерского).
24.	Определение и интерпретация симптома Никольского
25.	Определение и интерпретация симптома Асбое-Ганзена
26.	Определение и интерпретация симптома Шеклакова
27.	Определение симптома Денъе-Моргана
28.	Определение симптома «зимней стопы»
29.	Определение симптома «меховой шапки»
30.	Определение симптома Унны-Даръе
31.	Оценка степени тяжести течения атопического дерматита по методике SCORAD
32.	Определение и интерпретация симптома «полированных ногтей
33.	Определение сетки Уикхема
34.	Определение симптома Хачатуряна
35.	Определение симптома «медовых сот»
36.	Определение симптома Горчакова – Арди, Базена, Сезари
37.	Определение симптома «волосатого языка»
38.	Определение симптома «облатки»
39.	Определение симптома «пурпуры» (Брока-Иванова)
40.	Определение симптома «стружки» (симптом Бенъе)
41.	Определение симптома «терки»
	Дополнительное обследование кожного больного.
42.	Техника взятия материала для патогистологического исследования.
43.	Выполнение пробы с раствором йода на скрытое шелушение (проба Бальцера)
44.	Цитологический анализ содержимого пузырей и отделяемого с поверхности эрозий на коже и слизистых оболочках (методика мазков-отпечатков для выявления

	акантолитических клеток Тцанка).
45.	Осмотр больного в лучах лампы Вуда.
46.	Взятие материала из чешуек, волос, ногтей, содержимого пустул, абсцессов и соскобов с язв для микроскопической и культуральной диагностики инфекционных дерматозов.
47.	Методики обнаружения чесоточного клеща, вшей и Demodex folliculorum.
48.	Исследование фоточувствительности кожи методом определения биодозы УФО.
49.	Методика забора материала для исследования на грибы с гладкой кожи, волос, ногтей.
50.	Выявление моллюсковых телец («творожистой массы») при контагиозном моллюске.
51.	Методика наложения влажно-высыхающей повязки, примочек, компрессов
	Обследование венерического больного
52.	Методика непосредственного исследования больного сифилисом.
53.	Клиническая оценка результатов исследования ликвора.
54.	Выявление симптома Арджил-Робертсона.
55.	Выявление симптома Биетта.
	Лабораторная диагностика сифилиса
56.	Методика темнопольной микроскопии отделяемого из очагов поражения с целью диагностики сифилиса.
57.	Диагностика сифилиса методами РСК с кардиолипновым антигеном и антигенами из бледной трепонемы, РИБТ, РИФ, РНГА.
	Обследование больных с урогенитальными инфекциями.
58.	Непосредственное исследование предстательной железы и семенных пузырьков. Получение секрета предстательной железы с помощью массажа.
59.	Методика проведения и клиническая оценка результата микроскопического анализа 2-3 стаканных проб.
60.	Приготовление мазка и нативного препарата для микроскопического исследования из материала, взятого из уретры, заднего прохода и цервикального канала. Клиническая оценка результатов микроскопического анализа (окраска метиленовым синим и по Граму).
61.	Методика осмотра шейки матки в зеркалах.
62.	Взятие материала для культуральной диагностики микоплазмоза и хламидиоза и клиническая оценка результатов анализа.

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение

1. Литература

Основная:

№ п/п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Базовая сердечно-лёгочная реанимация: учебное пособие	Моисеева, Ирина Евгеньевна	Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013	125	

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
2.	Алгоритмы расширенной реанимации: остановка кровообращения, острый коронарный синдром	Дубикайтис, Татьяна Александровна	Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016	10	
3.	Гонококковая инфекция: учебное пособие	Разнатовский К.И. Согомонян Л.М. Чаплыгин А.В. Клибсон С.К. Корнишева В.Г. Полухина О.Э. Котрехова Л.П., Смирнова Т.С. Вашкевич А.А. Раводин Р.А. Левина Ю.В. Мирзоян В.Л. Монахова А.П. др.	СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017. –26с.	0	10
4.	Дерматовенеролог ия: клинические рекомендации / - 320 с.	ред.-Кубанова А.А.	М. : ГЭОТАР- МЕД, 2015.	0	1
5.	Дерматовенеролог ия. Национальное руководство. — 1024 с.	под ред Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова.	М.: ГЭОТАР– Медиа, 2014.	1	1
6.	Диагностика меланоцитарных невусов: учебное пособие/ — 47 с.	Клибсон С.К., Монахова А.П., Вашкевич А.А.	СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2018	MOODLE	5
7.	Диагностические индексы в дерматологии- 352 с	Адаскевич В.П.	М.: Изд. Панфилова, 2014.	3	0
8.	Инфекционные и неинфекционные заболевания вульвы и влагалища: учебное пособие – 44 с.	Мирзабалаева А.К. Вашкевич А.А. Котрехова Л.П.	СПб.: ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013.	5	1
9.	Квалификационные тесты по специальности	Разнатовский К.И., Корнишева В.Г., Родионов А.Н.,	СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017	0	5

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
	«Дерматовенерология» (учебное пособие) – 140 с.	Клибсон С.К., Согомонян Л.М. и др., всего <u>17</u> чел.			
10.	Основы клинической диагностики в дерматовенерологии и (учебное пособие) – 96 с.	Раводин Р.А. Разнатовский К.И., Вашкевич А.А.	СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017	4+ MOODLE	5
11.	Основы микроскопической диагностики в дерматовенерологии и (учебное пособие) – 80 с.	Раводин Р.А. Разнатовский К.И., Вашкевич А.А.	СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017	MOODLE	5
12.	Практические навыки в дерматовенерологии и: справ. для врачей	Т.В. Соколова В.В. Гладько, Л.А. Сафонова	М.: МИА, 2011.	2	0
13.	Сифилис: учебное пособие/ 69с	Разнатовский К.И. Согомонян Л.М. Клибсон С.К. Полухина О.Э.	СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017.	MOODLE	1
14.	Урогенитальная хламидийная инфекция: учебное пособие –24с.	Разнатовский К.И. Согомонян Л.М. Чаплыгин А.В. Клибсон С.К. Корнишева В.Г. Полухина О.Э. Котрехова Л.П. Смирнова Т.С. Вашкевич А.А. Раводин Р.А. Левина Ю.В. Мирзоян В.Л. Монахова А.П. др.	СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017	0	10
15.	Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерологи я 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — 5-е изд., перераб. и доп. — 768 с.	Коллектив авторов	М.: Деловой экспресс, 2016.	0	1

Дополнительная литература:

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
1.	Биопсия и гистология кожи в практике дерматовенеролога: учебное пособие / – 36 с	Разнатовский К.И Скрек С.В.	СПб.: СПбМАПО, 2008.	0	1
2.	Методика обследования дерматологических больных: учебное пособие –40 с.	Разнатовский К.И. Монахова А П. Никитин А.Ф. Баринова А.Н	СПб.: СПбМАПО, 2009.	2	1

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

базы данных, информационно–справочные системы:

1. Государственный научный центр дерматологии и косметологии / ФГБУ “Гос. Науч. Центр дерматологии и косметологии” м–ва здравоохранения Рос. Федерации.
<http://www.cnikvi.ru>.
2. Обучающая платформа MOODLE (англ. Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment) – модульная объектно-ориентированная динамическая учебная среда.
3. Правовая база «Консультант–плюс»
4. Российская национальная электронная библиотека: www.elibrary.ru
5. ЭБС Консультант Врача <http://www.rosmedlib.ru/>

программное обеспечение:

- Справочная правовая система «Консультант Плюс»
- Пакет программ Microsoft Office Standart 2010
- ПО Statistica 10 for Windows Ru, базовая версия
- ПО Statistica 10 for Windows Ru, расширенная версия
- Система автоматизированной проверки текстов на наличие заимствований «Антиплагиат.ВУЗ»

moodle.szgmu.ru (свободное распространяющееся по лицензии *GNU GPL* веб-приложение)

11. Материально-техническое обеспечение дисциплины:

Занятия проводятся на базе НИИ ММ им. П.Н. Кашкина

Для обеспечения дисциплины кафедра имеет:

учебный класс –№97(ПИБ №218) Сантьяго- де-Куба 1/28 - 2 этаж

мебель: столы, стулья

компьютерный класс, где проводится тестирование ординаторов, компьютерная сеть кафедры имеет выход в интернет.

технические средства обучения (персональные компьютеры с выходом в Интернет, мультимедийные проекторы, диапроектор)

банк компьютерных презентаций: слайды с текстом, цветные фотографии.

Отработка остальных манипуляций проходит на модельном пациенте (ролевая игра), стандартизированном больном.

1. аппаратура, приборы: микроскопы
2. собрание муляжей
3. банк гистологических препаратов

аттестационно-обучающий симуляционный центр СЗГМУ,

Пискаревский пр.47, лит АЛ, корпус 26

кабинет №6 (ПИБ № 71)

кабинет №10 (ПИБ № 80)

Мебель: 20 столов, 40 стульев

Тренажеры, тренажерные комплексы, фантомы, муляжи: Тренажеры, тренажерные комплексы, фантомы, муляжи: Тренажёр для гинекологического осмотра, тренажёр для осмотра мужских половых органов, тренажёр для отработки навыков СЛР, тренажер для отработки навыков взятия биоптата кожи

Медицинское оборудование Медицинское оборудование (для отработки практических навыков): перчатки, шовный материал, иглы, пинцеты, хирургические ножницы

Технические средства обучения: Технические средства обучения: 1 персональный компьютер с выходом в Интернет, 1 проектор, 1 экран для проектора, 1 МФУ

12. Методические рекомендации по прохождению симуляционного курса

К участию в прохождении симуляционного курса допускаются ординаторы, успешно прошедшие необходимую теоретическую подготовку.

Освоения умений и навыков в рамках симуляционного курса происходит в несколько этапов. Первоначально ординаторы самостоятельно знакомятся с методикой проведения манипуляции на основании изучения теоретического материала, затем преподаватель проводит манипуляцию на учебном тренажёре в симуляционном классе или на модельном больном, последующий этап состоит в отработке ординатором манипуляции в симуляционном классе или на модельном больном под руководством преподавателя с неоднократным повторением манипуляции.

Заключительный этап состоит в самостоятельном выполнении манипуляции на тренажёре или на модельном больном под контролем преподавателя.

Результатом симуляционного обучения является оценка правильности выполнения обучающимся профессионального действия.

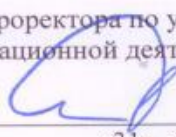


Министерство здравоохранения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

экз. № _____

УТВЕРЖДАЮ

И.о. проректора по учебной работе, науке и
инновационной деятельности

 / А.В. Силин/
«31» августа 2017

ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

Направление подготовки (код, название)	31.08.32 дерматовенерология
Форма обучения	очная
Вид практики	производственная (клиническая)
Тип практики	Базовая часть
Способ проведения практики	Стационарная, выездная
Объем практики (в зач. единицах)	32
Продолжительность производственной практики (в акад. часах)	1152

Санкт-Петербург – 2017

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.32 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ, утвержденного «25» августа 2014 г. № 1074 и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

Составители программы практики:

Разнатовский К.И. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии

Вашкевич А.А. к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии

Смирнова Т. С. к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии

Рецензент:

Горланов И.А. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии
СПбГПМУ

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры дерматовенерологии
«09» июня 2017 г. Протокол №10

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели практики.....	4
2. Задачи практики.....	4
3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы .	4
4. Формы проведения практики	5
5. Время и место проведения практики	5
6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики	69
7. Структура и содержание практики	7
8. Формы отчетности и аттестации по практике	7
9. Фонд оценочных средств.....	8
9.1. Критерии оценки.....	8
9.2. Оценочные средства	9
10. Учебно-методическое и информационное обеспечение	104
11. Материально-техническое обеспечение дисциплины:.....	43
12. Методические рекомендации по прохождению практики	44

1. Цели практики

закрепление теоретических знаний по дерматовенерологии, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре; формирование общепрофессиональных и специальных профессиональных компетенций врача–дерматовенеролога; отработка трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт "Врач-дерматовенеролог"; приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач для последующей самостоятельной работы в должности врача – дерматовенеролога

2. Задачи практики

Задачи первого года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

1. к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК–1);
2. к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК–2);
3. к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК–5);

Задачи второго года обучения: закрепить у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

1. к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК–1);
2. к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК–2);
3. к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК–5);

3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика относится к базовой части блока 2 «Практики» ФГОС ВО по специальности 31.08.32 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ.

Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки формируемыми дисциплинами

Дерматовенерология

Знания: анатомо–физиологических, возрастных и половых особенностей здорового и больного человека; основных диагностических методов заболеваний кожи и ее придатков; этиопатогенеза, классификации, клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений терапии заболеваний кожи и ее придатков и инфекций, передающихся половым путем; принципов медикаментозного лечения, фармакокинетики и фармакодинамики основных групп лекарственных средств; принципов использования немедикаментозной терапии, физиотерапии;

Умения: получить информацию о проблеме пациента, установить возможные причины с учетом влияния на организм социальных, наследственных, профессиональных, возрастных и климатических факторов; проводить функциональные, лабораторные и инструментальные

исследования, давать им оценку, при необходимости привлекать консультантов; распознать особенности клинического течения, выявлять осложнения и сопутствующие заболевания; проводить дифференциальную диагностику, формулировать и обосновать клинический диагноз; выбрать тактику ведения с учетом индивидуальных и патогенетических особенностей, показаний и противопоказаний, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и функциональной диагностики, для выявления патологических процессов в органах и системах; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач; анализировать медицинскую информацию.

Навыки: владения лабораторными и инструментальными методами, медико–технической аппаратурой, используемой в исследовании и работе с пациентами; постановки диагноза на основании клинических данных и результатов лабораторного исследования; принципов этиотропной терапии заболеваний кожи и ее придатков и инфекций, передающихся половым путем.

4. Формы проведения практики

Практика проводится дискретно: путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

5. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится на 1, 2 курсе.

Место проведения практики определяется Договором об организации практической подготовки обучающихся, заключаемым между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья.

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

№ п/п	Компетенции		Результаты практики		
	Код	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	ПК–1	профилактическая деятельность: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление	принципы организации работы отделений профилактики, центров здоровья, формы и методы профилактического консультирования по вопросам медицинской профилактики основных неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа	применять нормативно–правовую базу в медицинской профилактике; предпринимать меры профилактики направленные на предупреждения возникновения или распространения, использовать знания по профилактике болезней кожи и ИППП	методами оценки природных и медико–социальных факторов среды в развитии болезней, их коррекции, давать рекомендации по здоровому питанию, мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастнo–половых групп и состояния

		причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	жизни; уровни и методы первичной профилактики, методы диагностики и профилактики инфекционных заболеваний кожи и слизистых оболочек, ИППП.	использовать различные формы мотивации, обучения, консультирования в области формирования здорового образа жизни и навыков медицинской профилактики	здоровья, навыками проведения гигиенического воспитания в формировании здорового образа жизни населения, самостоятельной разработки программ и проектов популяционной и индивидуальной профилактики.
	ПК–2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	принципы ведения типовой учетно–отчетной медицинской документации, требования и правила получения информированного согласия на диагностические процедуры правила составления диспансерных групп; основные принципы диспансеризации больных с заболеваниями кожи и ИППП	провести общеклиническое исследование по показаниям выяснять жалобы пациента, собирать анамнез заболевания и жизни, заполнять документацию; проводить клиническое обследование пациента: внешний осмотр, формировать диспансерные группы,	навыками осуществления санитарно–просветительской работы с взрослым населением, направленной на пропаганду здоровья, предупреждение заболеваний кожи, навыками заполнения учетно–отчетной документации, навыками оформления информированного согласия, методами контроля за эффективностью диспансеризации
2	ПК–5	диагностическая деятельность: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных с инфекционными и неинфекционными заболеваниями кожи, необходимые для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	выбирать и использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов клинико–иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики заболевания и патологических процессов; оформлять медицинскую документацию. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования,	владеть методами обследования (расспрос, сбор объективной и субъективной информации) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов при кожных заболеваниях; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза пациентам на основании Международной классификации

				поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования.	болезней
--	--	--	--	---	----------

7. Структура и содержание практики

Учебно-тематический план

№ п/п	Тема	Час.	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
	Работа в стационаре дерматовенерологического профиля (II семестр)	576	Курация пациентов с наиболее распространенными кожными заболеваниями. Осмотр, обследование и ведение пациентов с различными формами сифилиса Знакомство с работой приемного покоя стационара. Оформление карты стационарного кожного больного (истории болезни), участие в обходах и клинических разборах Выявление и оценка клинической симптоматики, забор материала для лабораторных исследований, составление планов обследования и лечения больных в условиях стационара, проведения дифференциальной диагностики под контролем преподавателя.	55 с неоднократным повторением
	Работа в стационаре дерматовенерологического профиля (III- IV семестр)	576	Курация пациентов с наиболее распространенными кожными заболеваниями. Осмотр, обследование и ведение пациентов с различными формами сифилиса Знакомство с работой приемного покоя стационара. Оформление карты стационарного кожного больного (истории болезни), участие в обходах и клинических разборах Выявление и оценка клинической симптоматики, забор материала для лабораторных исследований, составление планов обследования и лечения больных в условиях стационара, проведения дифференциальной диагностики под контролем преподавателя. Участие во врачебных дежурствах	55 с неоднократным повторением

8. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности:

- дневник ординатора

Форма аттестации:

– промежуточная, в форме зачета

9. Фонд оценочных средств

9.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Собеседование и демонстрация ординатором практических навыков	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме. Оценка уровня владения каждым навыком	Перечень владений и навыков, полученных в период обучения	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины; овладение практическими навыками, согласно квалификационной характеристики врача - дерматовенеролога (оценки - «зачтено», «не зачтено») оценка «зачтено» - знать, выполнять самостоятельно и оценить результаты
2.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный	Набор ситуационных задач по темам/разделам	грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
		выбор варианта решения		применяемого способа решения ситуационной задачи

9.2. Оценочные средства

Перечень владений и навыков, полученных в период обучения

№ п/п	Перечень владений и навыков
63	Методика сбора жалоб, анамнеза и осмотра больного кожными заболеваниями и ИППП по профилю «Дерматовенерология».
	Методика описания кожного статуса при различных дерматозах.
	Методика заполнения и ведения медицинской документации (историй болезни, учетных форм, оформление больничных листов и др.).
	Методика составления текущих и годовых отчетов о работе отделения, кабинета, оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология».
	Техника дерматоскопии
	Методика проведения и интерпретации основных клинико – диагностических симптомов и проб, используемых в дерматовенерологии:
	Анализ результатов исследования кожной тактильной, болевой, тепловой и холодовой чувствительности с целью диагностики.
	Определение и интерпретация кожного дермографизма
	Выявление симптомов «псориатической триады».
	Интерпретация симптома Пильнова, Воронова
	Выявление симптома Картамышева
	Определение изоморфной реакции кожи (феномена Кебнера)
	Оценка степени тяжести течения псориаза: PASI, BSA
	Методика исследования эластичности кожи с помощью зонда (симптом «проваливания зонда» А.И.Поспелова).
	Методика диагностики с помощью диаскопии (выявление феномена «яблочного желе»).
	Анализ болевой чувствительности на кожных высыпаниях (проба Ядассона, проба Бенъе-Мещерского).
	Определение и интерпретация симптома Никольского
	Определение и интерпретация симптома Асбое-Ганзена
	Определение и интерпретация симптома Шеклакова
	Определение симптома Денъе-Моргана
	Определение симптома «зимней стопы»
	Определение симптома «меховой шапки»

	Определение симптома Унны-Дарье
	Оценка степени тяжести течения атопического дерматита по методике SCORAD
	Определение и интерпретация симптома «полированных ногтей
	Определение сетки Уикхема
	Определение симптома Хачатуряна
	Определение симптома «медовых сот»
	Определение симптома Горчакова – Арди, Базена, Сезари
	Определение симптома «волосатого языка»
	Определение симптома «облатки»
	Определение симптома «пурпury» (Брока-Иванова)
	Определение симптома «стружки» (симптом Бенье)
	Определение симптома «терки»
	Дополнительное обследование кожного больного.
	Техника взятия материала для патогистологического исследования.
	Выполнение пробы с раствором йода на скрытое шелушение (проба Бальцера)
	Цитологический анализ содержимого пузырей и отделяемого с поверхности эрозий на коже и слизистых оболочках (методика мазков-отпечатков для выявления акантолитических клеток Тцанка).
	Осмотр больного в лучах лампы Вуда.
	Взятие материала из чешуек, волос, ногтей, содержимого пустул, абсцессов и соскобов с язв для микроскопической и культуральной диагностики инфекционных дерматозов.
	Методики обнаружения чесоточного клеща, вшей и Demodex folliculorum.
	Исследование фоточувствительности кожи методом определения биодозы УФО.
	Методика забора материала для исследования на грибы с гладкой кожи, волос, ногтей.
	Выявление моллюсковых телец («творожистой массы») при контагиозном моллюске.
	Методика наложения влажно-высыхающей повязки, примочек, компрессов
	Обследование венерического больного
	Методика непосредственного исследования больного сифилисом.
	Клиническая оценка результатов исследования ликвора.
	Выявление симптома Арджил-Робертсона.
	Выявление симптома Биетта.
	Лабораторная диагностика сифилиса
	Методика темнопольной микроскопии отделяемого из очагов поражения с целью диагностики сифилиса.
	Диагностика сифилиса методами РСК с кардиолипидным антигеном и антигенами из бледной трепонемы, РИБТ, РИФ, РНГА.
	Обследование больных с урогенитальными инфекциями.
	Непосредственное исследование предстательной железы и семенных пузырьков. Получение секрета предстательной железы с помощью массажа.
	Методика проведения и клиническая оценка результата микроскопического анализа 2-3 стаканых проб.

	Методика осмотра шейки матки в зеркалах.
	Приготовление мазка и нативного препарата для микроскопического исследования из материала, взятого из уретры, заднего прохода и цервикального канала. Клиническая оценка результатов микроскопического анализа (окраска метиленовым синим и по Граму).
	Взятие материала для культуральной диагностики микоплазмоза и хламидиоза и клиническая оценка результатов анализа.

Ситуационные задачи

1.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/02.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем, урогенитальными инфекциями и с вызванными ими осложнениями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 32 лет явилась на прием в связи с тем, что при обследовании перед госпитализацией в хирургический стационар по поводу пупочной грыжи РПГА (4+). При дополнительном тестировании – вновь РПГА (4+), ИФА IgG (кп 1,5), ИФА IgM (кп 0,8), РМП отрицательна. Последние 4,5 года работает поваром в кафе, регулярно проходит медосмотры. Сифилис в прошлом отрицает. При осмотре наружных признаков сифилиса не выявлено. Половая жизнь в браке регулярная. Со слов пациентки муж – единственный половой контакт в течение жизни. Муж обследован, клинических признаков сифилиса не выявлено, РМП отрицательна. Имеет дочь 9 лет.
В	1	Какие варианты объяснения приведенной ситуации с серологическими тестами возможны?
Э	-	1. Пациентка больна сифилисом. 2. Пациентка в прошлом лечилась по поводу сифилиса. 3. Крайне маловероятный вариант – два специфических теста, в том числе один повторно, дали ложноположительный результат.

P2	-	Представлены все возможные варианты
P1	-	Представлена лишь часть вариантов
P0	-	Ответ неверный
B	2	Поставьте и обоснуйте диагноз пациентке
Э	-	Положительные РПГА и ИФА IgG свидетельствуют о наличии сифилиса. Отсутствие клинических проявлений говорит о скрытом сифилисе. Отрицательная на протяжении 4,5 лет РМП, а также отрицательная ИФА IgM позволяют поставить в данном случае диагноз позднего сифилиса. Таким образом, у пациентки – сифилис скрытый поздний.
P2	-	Диагноз поставлен правильно.
P1	-	Диагноз неполный.
P0	-	Диагноз неверный.
B	3	Представьте план дальнейшего ведения пациентки.
Э	-	1. Ликворологическое исследование 2. Консультации офтальмолога и невролога. 3. При подозрении на специфическое поражение внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и др. – консультации специалистов в соответствии с жалобами и/или патологическими изменениями при инструментальном обследовании. 4. Специфическая терапия в соответствии с диагнозом
P2	-	План полный
P1	-	План неполный
P0	-	План неверный
B	4	Представьте план ведения дочери
Э	-	1. Клинический осмотр. 2. Серологическое тестирование с проведением трепонемной реакции 3. Консультации офтальмолога, невролога, отоларинголога.
P2	-	План полный
P1	-	План неполный
P0	-	План неверный

В	5	Представьте план ведения мужа
Э	-	1. Клинический осмотр. 2. Серологическое тестирование с проведением трепонемной реакции. 3. В случае отрицательного результата теста в дальнейшем обследовании и наблюдении не нуждается.
P2	-	План полный
P1	-	План неполный
P0	-	План неверный

2.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	002
Ф	A/01.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, заболеваниями волос, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	-	На прием к врачу обратилась девушка 18 лет с жалобами на зудящие высыпания, сухость и стягивание кожи. Анамнез. Сон из-за зуда не нарушен. Больна с младенческого возраста. Со слов матери пациентки, начало кожного заболевания совпало с введением прикорма, сопровождалось зудом, провоцирующими обострения причинами были преимущественно алиментарные факторы. В возрасте от 2 до 13 лет наблюдалась ремиссия заболевания, затем высыпания возобновились. Последние годы обострения наблюдаются не чаще 1-2 раза в год преимущественно в холодное время года, чаще продолжительностью рецидива до 1 месяца. Отмечается положительный эффект от применения топических кортикостероидных препаратов, средств щадящего базового ухода, однако последними пользуется нерегулярно. Больная связывает обострения заболевания с нарушениями диеты (употреблением в пищу морепродуктов, шоколада, сладостей, орехов, меда, ряда фруктов и овощей), психоэмоциональными факторами, так же контактами кожи с водой,

		моющими средствами. Текущее обострение началось в период психоэмоциональных нагрузок из-за сдачи экзаменов. Наследственность: у матери и бабушки бронхиальная астма, у отца экзема кистей. При осмотре: повышенная общая сухость кожи, высыпания локализуются на коже лица, в области подколенных и локтевых сгибов, тыле кистей и представлены в виде эритемато-сквамозных очагов без четких границ с легкой инфильтрацией, лихенификацией, мелкопластинчатым шелушением, единичными эксфолиациями; в области локтевых сгибов дополнительно единичные микровезикулы и точечные микроэрозии с мокнутием, серозными корочками; SCORAD–индекс 27. Так же наблюдается потемнение кожи периорбитальной области, дополнительная горизонтальная складка кожи нижнем веке, гиперлинеарность ладоней. Дермографизм белый, стойкий.
В	1	О каком заболевании идет речь? Укажите стадию, возрастной период, тяжесть течения заболевания.
Э	-	Атопический дерматит. Стадия обострения. Легкое течение. Взрослый период.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не учтены все имеющиеся у пациентки стадия, тяжесть течения, возрастной период заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте по клиническим признакам наличие данного заболевания, его стадию, возрастной периода, тяжесть течения.
Э	-	Диагноз "атопический дерматит" установлен на основании жалоб больной на зудящие высыпания, сухость и стягивание кожи, данных анамнеза о хронически-рецидивирующем течении, сезонности обострений, начале заболевания в раннем детском возрасте, сведениях о провоцирующих обострения факторах (алиментарные, психоэмоциональные факторы, внешние раздражающие факторы), положительном эффекте от применения топических кортикостероидных средств, наличии атопических заболеваний у близких родственников пациентки, по данным осмотра - симметричные эритемато-сквамозные очаги без четких границ на

		коже лица, сгибательных поверхностях конечностей, тыле кистей с легкой инфильтрацией, лихенификацией, эскориациями, наличием единичных микровезикул и точечных микроэрозий с мокнутием, серозными корочками в локтевых сгибах, общей повышенной сухости кожи, потемнения кожи периорбитальной области, дополнительной складки кожи на нижнем веке (симптом Денни-Моргана), гиперлинеарности ладоней, белого стойкого дермографизма. О наличии обострения процесса свидетельствуют зудящие экссудативные (микровезикулы, микроэрозии с мокнутием) и эритематозно-сквамозные очаги поражения с инфильтрацией, повышенной сухостью, эскориациями. Возраст пациентки, локализация и характер высыпаний (поражение кожи разгибательных поверхностей конечностей в виде экссудативных, эритематосквамозных очагов с инфильтрацией, лихенификацией, общей повышенной сухостью кожи), наличие стрий атопии (потемнение кожи периорбитальной, симптом Денни-Моргана, гиперлинеарности ладоней), связь обострений с психоэмоциональными факторами характеризуют взрослый период заболевания. Лёгкому течению атопического дерматита свойственны преимущественно ограниченно-локализованные проявления кожного процесса с легкой степенью воспалительных проявлений (легкая степень инфильтрации, лихенификации, эритемато-сквамозных и экссудативных проявлений на коже), умеренный во выраженности зуд, SCORAD–индекс 27; редкие обострения (1–2 раз в год) с продолжительностью до 1 месяца преимущественно в холодное время года, хороший эффект от проводимой терапии.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не учтены все имеющиеся у пациентки стадия, тяжесть течения, возрастной период заболевания.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какое лечение показано данной больной?
Э	-	Учитывая степень тяжести, распространенность и локализацию высыпаний (преимущественно в области складок кожи), нужно

		акцентировать лечение на наружных методах. В данном случае целесообразно назначение глюкокортикостероидных препаратов для наружного применения в форме крема или эмульсии с минимальным атрофогенным эффектом (мометазона фураат, метилпреднизолона ацепонат, гидрокортизона-17-бутират) или топических блокаторов кальциневрина (пимекролимус) с обязательным налаживанием постоянного базового ухода за кожей. Наружные глюкокортикостероидные препараты наносят на пораженные участки кожи тонким слоем от 1 до 3 раз в сутки до 2 недель, блокаторы кальциневрина 2 раза в сутки (в случае сохранения выраженности симптомов заболевания в течение 6 недель применения препаратов необходима повторная консультация врача-дерматовенеролога для уточнения диагноза атопического дерматита). После купирования обострения топические глюкокортикостероидные препараты и блокаторы кальциневрина отменяются, и больной рекомендуется продолжить использовать только средства базового ухода. На зоны поражения кожи с экссудацией возможно применение несколько раз в день холодных примочек до прекращения мокнутия (с 2% борной кислотой, 0,025% нитратом серебра, 1% раствора резорцина и др.), а также топических кортикостероидных средств в форме аэрозолей (например, окситетрациклин +гидрокортизон 2 раза в сутки наружно до 5-7 дней или оксиклозоль 2 раза в сутки наружно до 7-10 дней). Возможно назначение антигистаминных, седативных препаратов. При отсутствии эффекта дополнительно могут назначаться детоксикационные средства, фототерапия. На всех этапах ведения больных рекомендовано осуществление обучающих программ психореабилитационной направленности, придерживаться гипоаллергенной диеты и быта и чрезвычайно важно использование постоянного базового ухода. Увлажняющие и смягчающие средства базового ухода за кожей применяют после каждого мытья и при ощущении сухости, стягивания кожи, но
--	--	---

		желательно не менее 2 раз в сутки.
P2	-	Перечислены все направления терапии.
P1	-	Перечислена лишь часть направлений терапии.
P0	-	Лечение назначено неверно.
B	4	Каковы меры предупреждения обострения заболевания?
Э	-	Предупреждение обострения атопического дерматита заключается в исключении воздействия триггерных факторов: психоэмоциональных нагрузок, несоблюдения диетического режима и гипоаллергенного быта, нарушения правил и режима ухода за кожей (в том числе нерационального использования синтетических моющих средств, а также шампуней, мыла, лосьонов с высоким значением pH), экологического неблагополучия, табачного дыма и т.д.). При сборе анамнеза, анализа особенностей клинических проявлений заболевания и данных обследования оценивается значимость тех или иных факторов для конкретного пациента и проводятся элиминационные мероприятия (из анамнеза данной пациентки имеются сведения о провоцирующих обострения заболевания алиментарных, психоэмоциональных факторах, внешние раздражающих факторах). Важными также являются санация очагов хронической инфекции, нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей. Всем больным атопическим дерматитом вне зависимости от тяжести, распространенности, остроты кожного процесса, наличия или отсутствия осложнений назначаются средства постоянного базового ухода за кожей. Рекомендуется санаторно-курортное лечение в стадии вне обострения.
P2	-	Перечислены все меры предупреждения обострения
P1	-	Перечислена лишь часть мер предупреждения обострения
P0	-	Не перечислено ни одной меры предупреждения обострения
B	5	Какой уход за кожей можно рекомендовать данной пациентке?
Э	-	Пациентам с атопическим дерматитом рекомендуется бережный базовый уход за кожей в постоянном режиме (и в период обострения, и

		в период ремиссии). При этом используются средства мягкого гипоаллергенного очищения, а так же увлажняющие и смягчающие кожу наружные препараты (эмолиенты), предназначенные специально для аллергичной, чувствительной, склонной к сухости кожи. Рекомендовано использование соответствующих специальных лечебных линий космецевтики. Применение смягчающих и увлажняющих средств базового ухода должно быть обязательным после каждого мытья кожи, при ощущении сухости и стягивания кожи, но не менее 2 раз в сутки. Важно, особенно в острый период, исключить контакты кожи с синтетическими, шерстяными и грубыми тканями. Важно исключить любые раздражающие кожу факторы - трение, мытье очень горячей или чрезмерно холодной водой и т.д.
P2	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентки с атопическим дерматитом выбрана верно. Перечислены все основные направления и особенности ухода.
P1	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентки с атопическим дерматитом выбрана не в полном объеме. Перечислены не все направления и особенности ухода.
P0	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентки с атопическим дерматитом выбрана неверно.

3

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	003
Ф	В/01.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой, поражениями суставов, лимфопролиферативными заболеваниями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	-	У мужчины 22 лет температура тела внезапно повысилась до 39,4° С, на туловище и лице появилась сыпь в виде эритематозных пятен, везикул. Вызванный участковый терапевт назначил прием

		антибиотиков, после начала приема, которых количество элементов сыпи, увеличилось, температура не снизилась, появился интенсивный распространенный зуд на туловище, верхних и нижних конечностях, головная боль, рвота, светобоязнь. Больной сообщил, что с детства страдает атопическим дерматитом. Кроме того, его беспокоят частые (8 – 9 раз в год) рецидивы лабиального герпеса. Через день с диагнозом «токсидермия» пациент был госпитализирован.
В	1	Поставьте клинический диагноз
Э	-	Герпетическая экзема Капоши. Распространенный атопический дерматит в стадии обострения.
P2	-	Диагноз полный
P1	-	Диагноз неполный
P0	-	Диагноз неверный
В	2	Представьте план первоочередного обследования пациента
Э	-	1. Определение вируса и его типирование в содержимом везикул (с помощью ПЦР) 2. Консультация невропатолога 3. Консультация офтальмолога
P2	-	План полный
P1	-	План неполный.
P0	-	План неверный.
В	3	Представьте план дальнейшего обследования пациента.
Э	-	1. При выявлении ВПГ 1-го типа необходимо обследовать пациента с целью выявления возможных причин снижения иммунитета (поиски возможных лейкоза, злокачественного новообразования, ВИЧ-инфекции) из-за относительно частых рецидивов. 2. Определение общего IgE сыворотки крови
P2	-	План полный
P1	-	План неполный
P0	-	План неверный
В	4	Что необходимо сделать прежде прочих терапевтических и диагностических мероприятий?

Э	-	1. С учетом ряда симптомов, которые могут свидетельствовать о возможном поражении ЦНС, необходимо срочно начать использование аномальных нуклеозидов. 2. Препараты должны вводиться парентерально (внутривенно). Ацикловир вводится из расчета 10 мг/кг с интервалом не менее 8 часов.
P2	-	Ответ полный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неверный
В	5	Представьте план дальнейшего ведения пациента
Э	-	1. Продолжить прием препаратов из группы аномальных нуклеозидов; если поражение ЦНС не подтвердится, можно перейти на пероральный прием. 2. Отменить прием антибиотиков как возможной причины обострения атопического дерматита, назначить антигистаминные препараты. 3. Локально на коже следует использовать антисептические и/или антимикробные средства. 4. На слизистую глаз – противовирусные препараты в виде мази или глазных капель. 5. Начать активное лечение атопического дерматита только после разрешения экземы Капоши
P2	-	План полный
P1	-	План неполный
P0	-	План неверный

4

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	004
Ф	A/02.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем, урогенитальными инфекциями и с вызванными ими осложнениями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ

		РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	28-летняя женщина обратилась к дерматологу с жалобами на высыпания пятен бледно-красного цвета на теле. Анамнез: сыпь существует около недели, не увеличивается, не сливается и не шелушится. В разводе, есть ребенок 4-х лет, около трёх месяцев назад была половая связь с малознакомым мужчиной. При осмотре на туловище (грудь, живот, верхней части спины) – пятнистые высыпания бледно-розового цвета, которые не сливаются и не шелушатся, при витропрессии пятна полностью исчезают. При исследовании крови: РМП, РИФ, РПГА положительны.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Вторичный свежий сифилис.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз установлен не полностью: не учтена форма заболевания.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз «Вторичный сифилис» установлен на основании, данных анамнеза: ранее была половая связь (около 3-х месяцев назад), результатах осмотра – на туловище (грудь, живот, верхней части спины) – пятнистые высыпания бледно-розового цвета, которые не сливаются и не шелушатся, при витропрессии пятна полностью исчезают, результатах лабораторного исследования крови на сифилис – положительных РМП, РПГА и РИФ.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: Отсутствует полное обоснование – не указаны результаты серологических реакций.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какое лечение показано больному?
Э	-	Рекомендуются курсы антибиотикотерапии (бензилпенициллина натриевая соль по 1 млн. ЕД в/м каждые 4 часа -

		28 дней или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки - 20 дней или бициллин-1 по 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дней №6) в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению вторичного сифилиса. Для членов семьи показано превентивное лечение (бициллин-5 по 1,5 млн ЕД в/м 2 р/нед №2 или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки - 7 дней).
P2	-	Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность введения подобраны правильно.
P1	-	Правильно указана тактика ведения пациента, верные группы препаратов, однако их дозы и режим введения препаратов указан неверно.
P0	-	Ответ неверный: неправильно указана тактика ведения и используемые препараты.
B	4	Какие консультации (исследования) необходимо провести данной пациентке?
Э	-	Консультацию офтальмолога, невролога (по его рекомендации - спинномозговую пункцию с исследованием СМЖ).
P2	-	Правильно указаны все методы обследования и специалисты
P1	-	Методы обследования (специалисты) указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования (специалисты) указаны неверно
B	5	С какими заболеваниями необходимо дифференцировать сифилитическую розеолу?
Э	-	С пятнистой токсикодермией, с корью, краснухой, розовым лишаем.
P2	-	Перечень заболеваний указан верно.
P1	-	Перечень заболеваний указан не полностью.
P0	-	Перечень заболеваний указан неверно.

5

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента миникейса
Н	-	005
Ф	A/02.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем, урогенитальными инфекциями и с

		вызванными ими осложнениями
Ф	В/02.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	50 - летний мужчина обратился к дерматологу с жалобами на угревидные высыпания на теле, на руках и на ладонях. Анамнез: сыпь существует около 3-х недель, работает ночным охранником, женат, беспорядочные половые связи отрицает. При осмотре на туловище (грудь, живот, спина) и на ладонях – папуло-пустулёзные высыпания, гнойные корки на поверхности красноватых папул, до 5 мм в диаметре. При исследовании крови: РМП, РИФ, РПГА положительны.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Вторичный сифилис (угревидный сифилид).
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз установлен не полностью: не учтена форма заболевания.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз «Вторичный сифилис» установлен на основании осмотра - папуло-пустулёзные высыпания, гнойные корки на поверхности красноватых папул до 5 мм в диаметре на коже туловища (грудь, живот, спина) и на ладонях, результатах лабораторного исследования крови на сифилис – положительных РМП, РИФ, РПГА.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: Отсутствует полное обоснование – не указаны результаты серологических реакций.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какое лечение показано больному?
Э	-	Рекомендуются курсы антибиотикотерапии (бензилпенициллина натриевая соль по 1 млн. ЕД в/м каждые 4 часа -

		28 дней или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки - 20 дней или бициллин-1 по 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дней №6) в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению вторичного сифилиса. Для членов семьи показано превентивное лечение (бициллин-5 по 1,5 млн ЕД в/м 2 р/нед №2 или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки - 7 дней).
P2	-	Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность введения подобраны правильно.
P1	-	Правильно указана тактика ведения пациента, верные группы препаратов, однако их дозы и режим введения препаратов указан неверно.
P0	-	Ответ неверный: неправильно указана тактика ведения и используемые препараты.
B	4	Какие консультации (исследования) необходимо провести данному пациенту?
Э	-	Консультацию невролога, офтальмолога. Спинномозговую пункцию для исследования СМЖ (цитологического, серологического (ИФА, РИФ, РПГА, иммуноблоттинг), МРТ.
P2	-	Правильно указаны все методы обследования и специалисты
P1	-	Методы обследования (специалисты) указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования (специалисты) указаны неверно
B	5	С какими заболеваниями необходимо дифференцировать угревидный сифилид?
Э	-	С токсикодермией, с папулонекротическим туберкулёзом кожи, йодо- и бромодермой, масляными фолликулитами.
P2	-	Перечень заболеваний указан верно.
P1	-	Перечень заболеваний указан не полностью.
P0	-	Перечень заболеваний указан неверно.

6

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	006
Ф	A/02.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной по-мощи в амбулаторных условиях пациентам с инфекциями, переда-

		ваемыми половым путем, урогенитальными инфекциями и с вызванными ими осложнениями
Ф	В/02.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	28 - летний мужчина обратился к дерматологу с жалобами на положительные реакции на сифилис, которые были случайно выявлены при обследовании (РИФ и РИТ). Анамнез: не может сказать, как давно реакции на сифилис стали положительными (кровь на сифилис сдавал около 2 лет назад – результат обследования был отрицательным), в течение этих 2-х лет получал антибиотикотерапию по поводу ангины, ранее были беспорядочные половые связи, семейное положение - холост. При осмотре – высыпаний на коже и слизистых нет.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Скрытый ранний сифилис.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз установлен не полностью: полностью не учтена форма заболевания.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз «Скрытый ранний сифилис» установлен на основании, данных анамнеза: ранее были беспорядочные половые связи, отрицательных результатах лабораторного исследования крови на сифилис 2года назад и положительных РИТ, и РИФ в настоящее время.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: Отсутствует полное обоснование – не указаны результаты серологического обследования 2 года назад.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какое лечение показано больному?

Э	-	Рекомендуются курсы антибиотикотерапии (бензилпенициллина натриевая соль по 1 млн. ЕД в/м каждые 4 часа - 28 дней или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки - 20 дней или бициллин-1 по 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дней №6) в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению вторичного и скрытого раннего сифилиса.
P2	-	Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность введения подобраны правильно.
P1	-	Правильно указана тактика ведения пациента, верные группы препаратов, однако их дозы и режим введения препаратов указан неверно.
P0	-	Ответ неверный: неправильно указана тактика ведения и используемые препараты.
В	4	Какие исследования необходимо провести данному пациенту?
Э	-	Консультацию невролога и офтальмолога. Спинномозговую пункцию для исследования СМЖ (цитологического, серологического (ИФА, РИФ, РПГА, иммуноблоттинг), МРТ.
P2	-	Правильно указаны все специалисты и методы обследования
P1	-	Методы обследования (специалисты) указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования указаны неверно
В	5	При каких состояниях возможны положительные серологические тесты на сифилис?
Э	-	Положительные серологические тесты на сифилис (чаще всего нетрепонемные) встречаются при злокачественных новообразованиях, беременности, аутоиммунных заболеваниях.
P2	-	Правильно указаны вероятный перечень состояний и заболеваний
P1	-	Перечень состояний и заболеваний указан не полностью.
P0	-	Перечень состояний и заболеваний указан неверно.

7

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	007
Ф	A/01.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с дерматозами,

		доброкачественными новообразованиями кожи, заболеваниями волос, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой
Ф	В/01.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой, поражениями суставов, лимфопролиферативными заболеваниями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 39 лет, по профессии строитель, обратился к дерматологу с жалобами на высыпания на лице в области усов и бороды. Анамнез. Считает себя больным в течение нескольких лет. К врачу не обращался, лечился самостоятельно различными наружными спиртосодержащими растворами, кремами с содержанием антибиотиков, с кратковременным эффектом. После применения ГКС-содержащего крема (по совету соседки) количество сыпи резко увеличилось. Сопутствующие заболевания: хронический ринит. Локальный статус. При осмотре: на коже лица, в зоне роста щетинистых волос (в области бороды и усов), на фоне незначительной инфильтрации локализуются сливные очаги, состоящие из остроконечных фолликулярных пустул, покрытых гнойными корочками. По периферии, на фоне незначительной гиперемии множественные рассеянные фолликулярные пустулы, пронизанные волосом в центре и с небольшим ободком реактивной гиперемии. Субъективно незначительная болезненность.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Вульгарный сикоз
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: не учтены все имеющиеся у пациента симптомы.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз установлен на основании клинической картины: в зоне роста щетинистых волос (в области бороды и усов), на фоне незначительной инфильтрации локализуются сливные очаги,

		состоящие из остроконечных фолликулярных пустул, покрытых гнойными корочками. По периферии, на фоне незначительной гиперемии множественные рассеянные фолликулярные пустулы, пронизанные волосом в центре и с небольшим ободком реактивной гиперемии. Субъективно незначительная болезненность.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не перечислены все диагностически значимые клинические симптомы
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Дифференциальный диагноз?
Э	-	Псевдофолликулит, вызванный вросшими волосами - чаще всего встречается у мужчин черной расы. Жесткие кончики волос, еще не выходя из волосяного фолликула, проникают в кожу или же, выйдя из него, заггибаются и врастают в кожу, что вызывает образование небольших пустул, которые скорее являются реакцией на инородное тело, чем проявлением инфекции. паразитарный сикоз. Признаки паразитарного сикоза: опухолевидный характер инфильтрата четкая очерченность инфильтрата более глубокое гнойное расплавление наклонность к самопроизвольному разрешению отсутствие рецидивов сбор анамнеза - контакт с животными (грызуны, крупный рогатый скот). выдергивание волос из очага безболезненное.
P2	-	выявлены все дифференциально- диагностические признаки, позволяющие поставить правильный диагноз
P1	-	выявлены не все дифференциально- диагностические признаки, позволяющие поставить правильный диагноз
P0	-	не выявлены дифференциально- диагностические признаки, позволяющие поставить правильный диагноз
B	4	Какое обследование необходимо?
Э	-	окраска по Граму

		посев материала из очага на флору и чувствительность к антибактериальным препаратам – при подозрении на MRSA посев из носовой полости – для выявления носительства (хроническое, рецидивирующее течение пиодермии) в сомнительных случаях проводят микроскопию гноя или волоса – для обнаружения спор грибов вокруг волоса (эктотрикс)
P2	-	план обследования составлен и обоснован полностью
P1	-	план обследования составлен и обоснован неполностью
P0	-	план обследования не составлен и не обоснован, или составлен неправильно
B	5	Какой план лечения и профилактических мер для предотвращения рецидивирования показан?
Э	-	санация носительства применение топических антисептиков и антибактериальных препаратов (препараты, содержащие фузидиевую кислоту, мупироцин) эпиляция волос антибиотики системного действия - при распространенных пиодермиях, при отсутствии эффекта от наружной терапии, наличии общих явлений (лихорадка, недомогание) и регионарных осложнений (лимфаденит, лимфангит): Амоксициллин/клавуланат, Цефалексин, Оксациллин. при аллергии к β-лактамам - линкозамиды или макролиды, длительность: 10-14 дней. предотвращение распространения инфекции на непораженные участки кожи (временное запрещение мытья и посещения бассейнов; обработка антисептиками непораженной кожи вокруг очагов пиодермии, запрещение компрессов, массажа в зоне пиодермии, бритья).
P2	-	правильно составлен план лечения и перечислены профилактические меры, перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность нанесения или приема правильно подобраны
P1	-	перечислены верные группы препаратов, однако, дозы и кратность нанесения или приема не подобраны или выбрана только

		одна группа препаратов, не полностью перечислены профилактические меры
P0	-	ответ неверный: не составлен план лечения, не перечислены меры профилактики, не названы ни один из препаратов

8

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	008
Ф	A/01.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, заболеваниями волос, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой
Ф	B/01.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой, поражениями суставов, лимфопролиферативными заболеваниями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	55 - летний мужчина, светлокожий (1 фототип по Фицпатрику), работающий в сфере строительства, обратился к дерматологу с жалобами на приливы и покраснение лица, существующие много лет. Анамнез: в течение последних лет пациент отмечал появление «прыщей» и «неровностей» на коже щек и носа, преимущественно в центральной части лица. Также отмечались усиливающиеся «приливы», с каждым разом, становившиеся все интенсивнее, сопровождающиеся ощущением жара и жжения. Пациент отметил, что кожа носа стала более толстой, грубой. Со слов жены, покраснение лица усиливается при употреблении утреннего кофе, после работы и, особенно, после вечернего бокала вина. Пациент указывал, что длительное время подвергался УФ облучению, что связано с родом его деятельности, а также отмечал, что редко использовал солнцезащитный крем. При осмотре – на фоне центрофациальной эритемы, без признаков шелушения, множественные телеангиэктазии, около десяти папуло-пустулезных элементов, гиперплазия сальных желез, утолщение кожи в центральной части лица. Кожа носа рыхлой текстуры, расширенные поры, незначительная деформация носа.

		Пациент был осмотрен окулистом. При офтальмологическом обследовании выявлено умеренный отек и шелушение краев век, умеренная конъюнктивальная инъекция.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Розацеа. Папуло-пустулезный подтип. Ринофима. Офтальморозацеа
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не учтены все имеющиеся у пациента подтипы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз Розацеа установлен на основании жалоб больного на приливы и покраснение лица, появление «прыщей» и «неровностей» на коже щек и носа, преимущественно в центральной части лица, данных анамнеза: покраснение лица усиливается при употреблении утреннего кофе и, особенно, после вечернего бокала вина. По данным осмотра – на фоне центрофациальной эритемы множественные телеангиэктазии, около десяти папуло-пустулезных элементов, гиперплазия сальных желез, утолщение кожи в центральной части лица. Кожа носа рыхлой текстуры, расширенные поры, незначительная деформация носа. При офтальмологическом обследовании - умеренный отек и шелушение краев век, умеренная конъюнктивальная инъекция.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не перечислены все диагностически значимые симптомы, характерные для розацеа
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какое лечение показано больному?
Э	-	Рекомендуется наружно азелаиновая кислота или метронидазол или крем ивермектин и курс антибактериальных препаратов перорально. Доксициклин 100-200 мг в сутки перорально в течение 14-21

		дней, поддерживающая доза - 100 мг в сутки в течение 12 недель. Наружно: метронидазол, гель 0,75%, крем 1% наносят на предварительно очищенную кожу тонким слоем 2 раза в сутки, утром и вечером, в течение 3-9 недель, или азелаиновая кислота, крем 15%, гель наносят на все пораженные участки кожи и слегка втирают 2 раза в сутки (утром и вечером), или 1% ивермектин крем 1 раз в день все лицо до 16 недель.
P2	-	Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность нанесения или приема правильно подобраны
P1	-	перечислены верные группы препаратов, однако, дозы и кратность нанесения или приема не подобраны или выбрана только одна группа препаратов
P0	-	Ответ неверный: не перечислены ни одна из верных групп препаратов
V	4	Какие меры предупреждения обострения?
Э	-	Предупреждение обострения розацеа заключается в исключении воздействия триггерных факторов: инсоляции, продуктов питания, напитков и фармакологических препаратов, индуцирующих эритему лица, агрессивных косметологических процедур. Показана поддерживающая терапия наружным метронидазолом или азелаиновой кислотой, солнцезащитный крем с высоким фактором защиты.
P2	-	Перечислены все меры предупреждения обострения
P1	-	Перечислена лишь часть мер предупреждения обострения
P0	-	Не перечислено ни одной меры предупреждения обострения
V	5	Какой уход за кожей рекомендован пациентам с розацеа?
Э	-	Пациентам рекомендуют бережный уход за кожей с использованием мягкого очищения, увлажняющих средств, предназначенных для чувствительной кожи. Обязательное использование солнцезащитных средств. Рекомендовано использование лечебных линий космецевтики, рекомендованных для пациентов с розацеа.
P2	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана верна. Перечислены все основные линии лечебной косметики

P1	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана частично верна. Не перечислены основные линии лечебной косметики
P0	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана неверно.

9

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента миникейса
Н	-	009
Ф	A/01.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, заболеваниями волос, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой
Ф	B/01.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой, поражениями суставов, лимфопролиферативными заболеваниями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	29 - летняя пациентка обратилась к дерматологу с жалобами на высыпания на коже лица, существующие несколько лет. Анамнез. Пациентка указала, что в течение подросткового периода страдала от высыпаний акне умеренной тяжести, которые самопроизвольно разрешились во время учебы в колледже. Тем не менее, в течение последних двух лет, она снова стала отмечать появление высыпаний на лице, сопровождающихся постоянным покраснением лица. Многочисленные лекарственные препараты, которое она использовала для терапии «акне» зачастую ухудшали состояние кожи, вызывая ощущение сухости и раздражения. Декоративная косметика, наносимая для камуфлирования высыпаний и покраснения, также вызывала раздражение. Пациентка указывала, что состояние кожи ухудшалось после солнечного облучения, тепла и стресса, а также что употребление красного вина провоцировало «приливы» и покраснение. Отрицает использование топических кортикостероидов на кожу лица. Пациентка не беременна, не кормит грудью, принимает КОК. Физикальное обследование. При осмотре выявлена заметная

		эритема, поражающая нос, медиальные зоны щек, подбородок. В тех же областях отмечались единичные папулы и пустулы; кожа шеи, груди и спины - свободны от высыпаний. На щеках отмечались телеангиэктазии. Открытых или закрытых комедонов не выявлено. В области волосистой части головы и ушных раковин эритема или шелушение отсутствовали; конъюнктивы и ресничный край без патологии.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Розацеа.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не учтены все имеющиеся у пациента подтипы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз Розацеа установлен на основании жалоб больной на высыпания на лице, сопровождающихся постоянным покраснением лица, ухудшение после солнечного облучения, тепла и стресса, употребления красного вина; осмотра – на коже носа, щек, подбородка на фоне эритемы телеангиэктазии, единичные папулы и пустулы.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не перечислены все диагностически значимые симптомы, характерные для розацеа
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какое лечение показано больной?
Э	-	рекомендуется наружно азелаиновая кислота или метронидазол или крем ивермектин наружно: метронидазол, гель 0,75%, крем 1% наносят на предварительно очищенную кожу тонким слоем 2 раза в сутки, утром и вечером, в течение 3-9 недель, или азелаиновая кислота, крем 15%, гель наносят на все пораженные участки кожи и слегка втирают 2 раза в сутки (утром и вечером), или 1% ивермектин крем 1 раз в день все лицо до 16 недель.

		В дальнейшем планируется гель Бримонидина для симптоматического устранения эритемы.
P2	-	Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность нанесения или приема правильно подобраны
P1	-	перечислены верные группы препаратов, однако, дозы и кратность нанесения или приема не подобраны или выбрана только одна группа препаратов
P0	-	Ответ неверный: не перечислены ни одна из верных групп препаратов
V	4	Какие меры предупреждения обострения?
Э	-	Предупреждение обострения розацеа заключается в исключении воздействия триггерных факторов: инсоляции, продуктов питания, напитков и фармакологических препаратов, индуцирующих эритему лица, агрессивных косметологических процедур. Показана поддерживающая терапия наружным метронидазолом или азелаиновой кислотой, солнцезащитный крем с высоким фактором защиты.
P2	-	Перечислены все меры предупреждения обострения
P1	-	Перечислена лишь часть мер предупреждения обострения
P0	-	Не перечислено ни одной меры предупреждения обострения
V	5	Какой уход за кожей рекомендован пациентам с розацеа?
Э	-	Пациентам рекомендуют бережный уход за кожей с использованием мягкого очищения, увлажняющих средств, предназначенных для чувствительной кожи. Обязательное использование солнцезащитных средств. Рекомендовано использование лечебных линий космецевтики по уходу за кожей с розацеа.
P2	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана верна. Перечислены все основные линии лечебной косметики
P1	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана частично верна. Не перечислены основные линии лечебной косметики
P0	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана неверно.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	010
Ф	A/01.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, заболеваниями волос, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой
Ф	B/01.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стационар-ных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, мико-зами гладкой кожи и ее придатков, лепрой, поражениями суставов, лимфопролиферативными заболеваниями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	-	56 - летняя женщина с высыпаниями на лице направлена на консультацию ревматологами для исключения диагноза «красная волчанка» Анамнез. Высыпания на лице появились 6 месяцев назад, в мае, и постепенно прогрессировали. Субъективно сопровождалась минимальными ощущениями раздражения и периодическим зудом. Других высыпаний не отмечала. Использовала множество наружных препаратов для лечения акне, включающих бензоила пероксид, а также кратковременно топические глюкокортикостероиды средней степени активности, без клинического эффекта. Пациентка указывала, что страдала от кистозных акне с подросткового возраста. Получала топическую и системную терапию, но системные ретиноиды не получала. Пациентка считает, что юношеские высыпания акне «трансформировались» в ее настоящие высыпания. В анамнезе остеоартрит, а также отмечено повышение антинуклеарных антител, оставшееся необъясненным. Локальный статус. При осмотре: отечная эритема в форме бабочки, охватывающая области щек и носа. На поверхности эритемы – единичные дискретные папулы, пустулы. Шелушения нет. При осмотре кожи волосистой части головы, ушных раковин и переносицы высыпаний не выявлено. Гирсутизм в области верхней губы и бакенбардов. На коже груди и спины повышенного оволосения не выявлено; оволосение лобка по женскому типу. Алопеции нет.

		Лабораторные показатели. Клинический анализ крови и общий анализ мочи без патологических изменений. Повышение АНА (антинуклеарных антител) до 1:320, мелкогранулярное свечение. Антитела к двуспиральной ДНК, Smith, Ro (SS-A), и La (SS-B) были отрицательны. Уровни дегидроэпиандростерон-сульфата, свободного и связанного тестостерона и пролактина были в норме. Уровни ФСГ и ЛГ были повышены в соответствии с менопаузальной нормой.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Розацеа.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не учтены все имеющиеся у пациента симптомы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз Розацеа установлен на основании жалоб больной на высыпания на лице, сопровождающихся минимальными ощущениями раздражения и периодическим зудом; осмотра – отечная эритема в форме бабочки, охватывающая области щек и носа. На поверхности эритемы – единичные дискретные папулы, пустулы.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не перечислены все диагностически значимые симптомы, характерные для розацеа
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Как вы интерпретируете лабораторные показатели?
Э	-	Мелкогранулярное свечение АНА (антинуклеарных антител) и отрицательные антитела к двуспиральной ДНК, Smith, Ro (SS-A), и La (SS-B) исключают диагноз СКВ. У здоровых людей может быть обнаружено мелкогранулярное свечение при низких, умеренных или высоких титрах АНА.
P2	-	лабораторные показатели интерпретированы верно
P1	-	лабораторные показатели интерпретированы частично верно
P0	-	лабораторные показатели интерпретированы полностью неверно

В	4	Какое лечение показано больной?
Э	-	рекомендуется доксициклин 100-200 мг в сутки перорально в течение 14-21 дней, поддерживающая доза - 100 мг в сутки в течение 12 недель. Наружно: метронидазол, гель 0,75%, крем 1% наносят на предварительно очищенную кожу тонким слоем 2 раза в сутки, утром и вечером, в течение 3-9 недель, или азелаиновая кислота, крем 15%, гель наносят на все пораженные участки кожи и слегка втирают 2 раза в сутки (утром и вечером), или 1% ивермектин крем 1 раз в день все лицо до 16 недель. Солнцезащитный крем с высоким фактором защиты. При отсутствии эффекта возможно назначение системного изотретиноина в малых дозах
P2	-	Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность нанесения или приема правильно подобраны
P1	-	перечислены верные группы препаратов, однако, дозы и кратность нанесения или приема не подобраны или выбрана только одна группа препаратов
P0	-	Ответ неверный: не перечислены ни одна из верных групп препаратов
В	5	Какие меры предупреждения обострения?
Э	-	Предупреждение обострения розацеа заключается в исключении воздействия триггерных факторов: инсоляции, продуктов питания, напитков и фармакологических препаратов, индуцирующих эритему лица, агрессивных косметологических процедур. Показана поддерживающая терапия наружным метронидазолом или азелаиновой кислотой, солнцезащитный крем с высоким фактором защиты.
P2	-	Перечислены все меры предупреждения обострения
P1	-	Перечислена лишь часть мер предупреждения обострения
P0	-	Не перечислено ни одной меры предупреждения обострения

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение

1. Литература

Основная:

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Гонококковая инфекция: учебное пособие	Разнатовский К.И. Согомонян Л.М. Чаплыгин А.В. Клибсон С.К. Корнишева В.Г. Полухина О.Э. Котрехова Л.П., Смирнова Т.С. Вашкевич А.А. Раводин Р.А. Левина Ю.В. Мирзоян В.Л. Монахова А.П. др.	СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017. –26с.	0	10
2.	Дерматовенерология: клинические рекомендации / - 320 с.	ред.-Кубанова А.А.	М. : ГЭОТАР-МЕД, 2015.	0	1
3.	Дерматовенерология. Национальное руководство. — 1024 с.	под ред Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова.	М.: ГЭОТАР–Медиа, 2014.	1	1
4.	Диагностика меланоцитарных невусов: учебное пособие/ — 47 с.	Клибсон С.К., Монахова А.П., Вашкевич А.А.	СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2018	MOODLE	5
5.	Диагностические индексы в дерматологии- 352 с	Адаскевич В.П.	М.: Изд. Панфилова, 2014.	3	0
6.	Инфекционные и неинфекционные заболевания вульвы и влагалища: учебное пособие – 44 с.	Мирзабалаева А.К. Вашкевич А.А. Котрехова Л.П.	СПб.: ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013.	5	1
7.	Квалификационные тесты по специальности «Дерматовенерология» (учебное пособие) – 140 с.	Разнатовский К.И., Корнишева В.Г., Родионов А.Н., Клибсон С.К., Согомонян Л.М. и др., всего 17 чел.	СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017	0	5
8.	Основы клинической диагностики в дерматовенерологии и (учебное	Раводин Р.А. Разнатовский К.И., Вашкевич А.А.	СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017	4+ MOODLE	5

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
	пособие) – 96 с.				
9.	Основы микроскопической диагностики в дерматовенерологи и (учебное пособие) – 80 с.	Раводин Р.А. Разнатовский К.И., Вашкевич А.А.	СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017	MOODLE	5
10.	Практические навыки в дерматовенерологи и: справ. для врачей	Т.В. Соколова В.В. Гладько, Л.А. Сафонова	М.: МИА, 2011.	2	0
11.	Сифилис: учебное пособие/ 69с	Разнатовский К.И. Согомонян Л.М. Клибсон С.К. Полухина О.Э.	СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017.	MOODLE	1
12.	Урогенитальная хламидийная инфекция: учебное пособие –24с.	Разнатовский К.И. Согомонян Л.М. Чаплыгин А.В. Клибсон С.К. Корнишева В.Г. Полухина О.Э. Котрехова Л.П. Смирнова Т.С. Вашкевич А.А. Раводин Р.А. Левина Ю.В. Мирзоян В.Л. Монахова А.П. др.	СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017	0	10
13.	Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерологи я 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — 5-е изд., перераб. и доп. — 768 с.	Коллектив авторов	М.: Деловой экспресс, 2016.	0	1

Дополнительная литература:

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
	Биопсия и гистология кожи в	Разнатовский К.И Скрек С.В.	СПб.: СПбМАПО, 2008.	0	1

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
	практике дерматовенеролога: учебное пособие / – 36 с				
	Буллезные дерматозы: учебное пособие –48 с.	Клибсон С.К.	СПб.: СПбМАПО, 2006.	6	10
	Дерматология по Томасу Фицпатрику. Атлас–справочник. Второе русское издание. Пер. с англ. –1248 с.	Вулф К. Джонсон Р. Сюрмонд Д.	М.: Практика, 2007.	3	0
	Дерматомикозы. – 184 с.	Разнатовский К.И. Родионов А.Н. Котрехова Л.П.	СПб.: СПбМАПО, 2006.	8	5
	Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. –736 с.	под редакцией Кацамбаса А	М.: МЕДПРЕСС– ИНФОРМ, 2019.	3	1
	Кожные и венерические болезни [Электронный ресурс] : учебник / http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419939.html	Скрипкин Ю.К. Кубанова А.А. Акимов В.Г.	М.: ГЭОТАР– Медиа, 2012.	Электронн ый ресурс	0
	Методика обследования дерматологических больных: учебное пособие –40 с.	Разнатовский К.И. Монахова А П. Никитин А.Ф. Барина А.Н	СПб.: СПбМАПО, 2009.	2	1
	Токсидермии и дерматозы, инициированные приемом лекарственных средств: пособие для врачей – 32с.	Корнишева В.Г.	СПб: СПбМАПО, 2009.	2	1

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
	Токсидермии и дерматозы, инициированные приемом лекарственных средств: пособие для врачей – 32с.	Корнишева В.Г.	СПб: СПбМАПО, 2009.		1

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

базы данных, информационно–справочные системы:

6. [Cambridge Journals](#)
7. [ClinicalKey](#) - <https://www.clinicalkey.com/>
8. [EastView - Медицина и здравоохранение в России](#) (Полнотекстовые журналы)
9. [MedlinksRU](#) - книги и руководства по медицине, статьи по медицинским специальностям.
10. [MedMir.com](#) - обзоры мировых медицинских журналов на русском языке
11. [Nature journal Digital archive](#)
12. [Oxford University Press](#)
13. [Royal Society of Chemistry](#)
14. [Sage Publications](#)
15. [Scopus](#) – <http://www.scopus.com/>
16. [Taylor and Francis](#)
17. [The American Association for the Advancement of Science \(AAAS\)](#)
18. [Webmedinfo](#) - Открытый информационно-образовательный медицинский ресурс.
19. Государственный научный центр дерматологии и косметологии / ФГБУ “Гос. Науч. Центр дерматологии и косметологии” м–ва здравоохранения Рос. Федерации.
<http://www.cnikvi.ru>.
20. Информационно–справочные и поисковые системы [Medline](#), [Pub–Med](#), [WebofScience](#)
21. Обучающая платформа MOODLE (англ. Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment) – модульная объектно-ориентированная динамическая учебная среда.
22. Правовая база «Консультант–плюс»
23. Российская национальная электронная библиотека: www.elibrary.ru
24. [Русский медицинский журнал \(РМЖ\)](#) – независимое издание для практикующих врачей.
25. [Федеральная электронная медицинская библиотека](#)
26. ЭБС Консультант Врача <http://www.rosmedlib.ru/>
27. Электронная версия журнала «Consilium Medicum» <http://dermatology.con–med.ru/>
28. Электронная версия журнала «Вестник дерматологии и венерологии»
<http://www.mediasphera.ru/journals/vestnik>.
29. Электронная версия журнала «Проблемы медицинской микологии»
www.mycology.szgmu.ru/journal–problem–med–mycologii

программное обеспечение:

Справочная правовая система «Консультант Плюс»

Пакет программ Microsoft Office Standart 2010

ПО Statistica 10 for Windows Ru, базовая версия

ПО Statistica 10 for Windows Ru, расширенная версия

Система автоматизированной проверки текстов на наличие заимствований

11. Материально-техническое обеспечение дисциплины:

Базой для проведения производственной (клинической) в стационаре являются дерматовенерологическое отделение микологической клиники и стационарные отделения ГОРКВД.

Дерматовенерологическое отделение микологической клиники находится на 1 этаже отдельно стоящего здания по адресу Санкт-Петербург ул. Сантьяго де Куба д. 28/1.

Помещения для ординаторов:

Ординаторская: стол (5), компьютер (4), кушетка, принтер, шкаф(2), дерматоскоп Отделение располагает тремя четырехместными палатами, тремя трехместными палатами, тремя двухместными, два из двухместных палат имеют отдельные санузлы с душевыми кабинами и оборудованы телевизорами, холодильниками и телефонами с выходом на городскую телефонную сеть. Работа отделения рассчитана на 20 коек. Для лечения дерматологических больных используется физиотерапевтическое оборудование, в том числе и Ультрафиолетовая кабина UV 1000 KL Waldmann, введенная в действие в ноябре 2017г.

Стационар СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер», расположенный по адресу: Санкт-Петербург, наб. реки Волковки, дом 3, имеет койки круглосуточного пребывания:

1. Дерматологическое отделение №1 – 27 коек
2. Дерматологическое отделение №2 – 24 койки
3. Дерматологическое отделение №3 – 27 коек
4. Венерологическое отделение №4 – 44 койки
5. Отделение №6 — 38 коек, в том числе психосоматические койки – 25
6. Дерматовенерологические детские койки – круглосуточное пребывание – 3

Помещения для ординаторов:

Отд №1 Ординаторская: интернет, столы, стулья, персональные компьютеры

Отд №2 Ординаторская: интернет, столы, стулья, персональные компьютеры

Отд №4 Ординаторская: интернет, столы, стулья, персональные компьютеры

Отд №6 Ординаторская: интернет, столы, стулья, персональные компьютеры

Имеются дерматоскопы, лампы Вуда, проведение мазков-отпечатков с кожи, проводится биопсия участка пораженной кожи по направлению врачей ГЦДВ, помимо общей терапии, такой как цитостатической с использованием метотрексата, циклоспорина, антицитокиновой терапии (инфликсимаб), наружной терапии и при отсутствии противопоказаний в отделениях используются различные методы физиотерапевтического лечения, фототерапии, сеансы психотерапии, которые проводятся опытными психологами. Кабинет фототерапии (УФА и УФБ спектры ультрафиолетового излучения, ПУВА-терапия). Клинико-диагностическая лаборатория: исследования: - общеклинические, - гематологические, - биохимические, - коагулологические (показатели системы гемостаза), - серологические, - бактериологические, - молекулярно-биологические (ПЦР). В конференц-зале в здании администрации имеется мультимедиа проектор, компьютер. На территории кафедры: лекционный зал с мультимедиа проектором, компьютерами, учебные комнаты с компьютерами и выходом в интернет.

Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, облучатель бактерицидный) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры:

Все помещения, используемые для прохождения практики оборудованы в соответствии с: Постановлением Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")» с изменениями и дополнениями от: 4 сентября 2012 г., 17 января, 15 апреля 2013 г., 23 сентября, 8 декабря 2016 г.

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "дерматовенерология"». Зарегистрировано в Минюсте РФ 21 декабря 2012 г. Регистрационный № 26302.

СЗГМУ использует электронно-библиотечную систему, которая обеспечивает одновременный доступ не менее 25 процентов обучающихся по программе ординатуры, кроме того имеет библиотечный фонд, который укомплектован печатными изданиями из расчета не менее 50 экземпляров каждого из изданий основной литературы, перечисленной в рабочей программе дисциплины, практик, и не менее 25 экземпляров дополнительной литературы на 100 обучающихся.

Обучающимся обеспечен доступ (удаленный доступ), в том числе в случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий, к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам, согласно составу, который определен в рабочей программе.

12. Методические рекомендации по прохождению практики

К участию в прохождении производственной (клинической) практики в стационаре допускаются ординаторы, успешно прошедшие необходимую теоретическую подготовку и симуляционный курс.

Контроль за участием ординаторов в оказании медицинской помощи гражданам осуществляет куратор практики, назначенный из числа педагогических работников, который несет ответственность за проведение практической подготовки.

При прохождении производственной (клинической) практики в стационаре по дисциплине «дерматовенерология» ординаторы ведут дневник ординатора, который содержит краткое описание курируемых больных (диагнозы заболеваний), перечень выполненных видов работ за период практики, в том числе диагностические и лечебные мероприятия; освоенные умения и практические навыки, приобретенные за период практики.



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

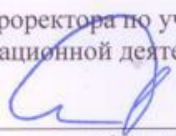
"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

экз. № _____

УТВЕРЖДАЮ

И.о. проректора по учебной работе, науке и
инновационной деятельности

 / А.В. Силин/
«31» августа 2017

ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

Направление подготовки (код, название)	31.08.32 дерматовенерология
Форма обучения	очная

Вид практики	Производственная (клиническая) (поликлиника (КВД))
Тип практики	Базовая часть
Способ проведения практики	амбулаторная, выездная
Объем практики (в зач. единицах)	31
Продолжительность производственной практики (в акад. часах)	1116

Санкт-Петербург – 2017

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.32 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ, утвержденного «25» августа 2014 г. № 1074 и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

Составители программы практики:

Разнатовский К.И. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии

Вашкевич А.А. к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии

Смирнова Т. С. к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии

Рецензент:

Горланов И.А. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии
СПбГПМУ

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры дерматовенерологии
«09» июня 2017 г. Протокол №10

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели практики	Error! Bookmark not defined.
2. Задачи практики	Error! Bookmark not defined.
3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы Error! Bookmark not defined.	
4. Формы проведения практики	Error! Bookmark not defined.
5. Время и место проведения практики	Error! Bookmark not defined.
6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики	Error! Bookmark not defined.
7. Структура и содержание практики	Error! Bookmark not defined.
8. Формы отчетности и аттестации по практике	Error! Bookmark not defined.
9. Фонд оценочных средств	Error! Bookmark not defined.
9.1. Критерии оценки	Error! Bookmark not defined.
9.2. Оценочные средства	Error! Bookmark not defined.
10. Учебно-методическое и информационное обеспечение	41
11. Материально - техническое обеспечение дисциплины:	148
12. Методические рекомендации по прохождению практики	Error! Bookmark not defined.

1. Цели практики

закрепление теоретических знаний по дерматовенерологии, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре; формирование общепрофессиональных и специальных профессиональных компетенций врача–дерматовенеролога; отработка трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт "Врач-дерматовенеролог"; приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач для последующей самостоятельной работы в должности врача – дерматовенеролога

2. Задачи практики

Задачи первого года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

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

Задачи второго года обучения: сформировать и закрепить у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

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

3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика относится к базовой части, блока 2 «Практики» ФГОС ВО по специальности 31.08.32 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки формируемыми дисциплинами

Дерматовенерология

Знания: анатомио–физиологических, возрастных и половых особенностей здорового и больного человека; основных диагностических методов заболеваний кожи и ее придатков; этиопатогенеза, классификации, клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений терапии заболеваний кожи и ее придатков и инфекций, передающихся половым путем; принципов медикаментозного лечения, фармакокинетики и фармакодинамики основных групп лекарственных средств; принципов использования немедикаментозной терапии, физиотерапии;

Умения: получить информацию о проблеме пациента, установить возможные причины с учетом влияния на организм социальных, наследственных, профессиональных, возрастных и климатических факторов; проводить функциональные, лабораторные и инструментальные исследования, давать им оценку, при необходимости привлекать консультантов; распознать особенности клинического течения, выявлять осложнения и сопутствующие заболевания; проводить дифференциальную диагностику, формулировать и обосновать клинический диагноз; выбрать тактику ведения с учетом индивидуальных и патогенетических особенностей, показаний и противопоказаний, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и функциональной диагностики, для выявления патологических процессов в органах и системах; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач; анализировать медицинскую информацию.

Навыки: владения лабораторными и инструментальными методами, медико–технической аппаратурой, используемой в исследовании и работе с пациентами; постановки диагноза на основании клинических данных и результатов лабораторного исследования; принципов этиотропной терапии заболеваний кожи и ее придатков и инфекций, передающихся половым путем.

4. Формы проведения практики

Практика проводится дискретно: путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

5. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится на 1- 2 курсах

Место проведения практики определяется Договором об организации практической подготовки обучающихся, заключаемым между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья..

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

№ п/п	Компетенции		Результаты практики		
	Код	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1.	ПК–1	профилактическая деятельность: готовность к	принципы организации работы отделений	применять нормативно–правовую базу в	методами оценки природных и медико–

		осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	профилактики, центров здоровья, формы и методы профилактического консультирования по вопросам медицинской профилактики основных неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни; уровни и методы первичной профилактики, методы диагностики и профилактики инфекционных заболеваний кожи и слизистых оболочек, ИППП.	медицинской профилактике; предпринимать меры профилактики направленные на предупреждения возникновения или распространения, использовать знания по профилактике болезней кожи и ИППП использовать различные формы мотивации, обучения, консультирования в области формирования здорового образа жизни и навыков медицинской профилактики	социальных факторов среды в развитии болезней, их коррекции, давать рекомендации по здоровому питанию, мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастнo–половых групп и состояния здоровья, навыками проведения гигиенического воспитания в формировании здорового образа жизни населения, самостоятельной разработки программ и проектов популяционной и индивидуальной профилактики.
3	ПК–5	диагностическая деятельность: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных с инфекционными и неинфекционными заболеваниями кожи, необходимые для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	выбирать и использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов клинико–иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики заболевания и патологических процессов; оформлять медицинскую документацию. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования,	владеть методами обследования (расспрос, сбор объективной и субъективной информации) с целью диагностики и дифференциально й диагностики основных клинических синдромов при кожных заболеваниях; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза пациентам на основании Международной классификации болезней

				поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования.	
4	ПК–6	лечебная деятельность: готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями	основные характеристики лекарственных препаратов, используемых в дерматовенерологии, показания и противопоказания к их назначению, показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов; методы лечения заболеваний, согласно установленным стандартам.	оказывать первую помощь, лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях, осуществить выбор и обосновать необходимость применения лекарственных средств.	алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий при неинфекционных болезнях кожи, инфекционных и паразитарных болезнях кожи, микозах, инфекциях, передаваемых половым путем; оценки тяжести состояния больного: определения объема первой и неотложной помощи и оказания ее; выявления показаний к срочной или плановой госпитализации; составления обоснованного плана лечения; выявления возможных осложнений лекарственной терапии; коррекции плана лечения при отсутствии эффекта или развитии осложнений; своевременно выявлять жизнеопасные нарушения

5	ПК–8	реабилитационная деятельность: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	основные подходы к рекомендациям и назначению оптимального режима питания, труда, отдыха в зависимости от морфофункционального статуса; определять показания и противопоказания к назначению физиотерапии, рефлексотерапии, фототерапии, гомеопатии и др. средств немедикаментозной терапии при заболеваниях кожи, слизистых оболочек; механизм лечебно–реабилитационного воздействия физиотерапии, рефлексотерапии, фототерапии, гомеопатии и др. средств немедикаментозной терапии; использовать основные курортные факторы при лечении пациентов дерматологического профиля;	обосновать выбор физиотерапевтического воздействия, природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии; предпринимать меры профилактики осложнений при физиотерапевтическом лечении; лекарственной, немедикаментозной терапии; разработать оптимальную тактику лечения заболеваний с использованием физиотерапевтических методов, природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии	осуществлять реабилитационные мероприятия методами физиотерапии, лекарственной, немедикаментозной терапии использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов немедикаментозной терапии с учетом современных подходов к назначению средств
6	ПК–9	психолого–педагогическая деятельность: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний, гендерные аспекты, формирование здорового образа жизни в семье формы и методы профилактического консультирования по профилактике различных зависимостей, в том числе курения табака;	применять нормативно–правовую базу в отделениях профилактики, центрах здоровья; применять методы мотивации, медикаментозной и немедикаментозной коррекции, контроля за основными факторами риска хронических кожных заболеваний, в том числе табакокурения	навыками проведения гигиенического воспитания, обучения в формировании здорового образа жизни у населения, их семей; навыками психолого–педагогического консультирования для мотивации на преодоление основных факторов риска хронических заболеваний, в том

					числе табакокурения у населения, их семей
--	--	--	--	--	--

7. Структура и содержание практики

Учебно-тематический план

№ п/п	Тема	Час.	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
	Работа в амбулаторном отделении дерматовенерологического профиля (II семестр)	612	Прием пациентов с наиболее распространенными кожными заболеваниями. Амбулаторный прием больных с грибковыми и паразитарными кожными заболеваниями, с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП) и сифилисом, посещение консультативных приемов. Осмотр, обследование и ведение пациентов с различными формами сифилиса Выявление и оценка клинической симптоматики, забор материала для лабораторных исследований, составление планов обследования и лечения больных в амбулаторных условиях, проведения дифференциальной диагностики под контролем преподавателя. Оформление карты амбулаторного кожного больного, заполнение учетных форм, экстренных извещений, оформление больничных листов, оформление санаторно-курортной карты и др. Освоение учётной документации, действующие приказы, инструкции, положения о дерматовенерологической службе, методические рекомендации.	57 с неоднократным повторением
	Работа в амбулаторном отделении дерматовенерологического профиля (III- IV семестр)	504	Прием пациентов с наиболее распространенными кожными заболеваниями. Амбулаторный прием больных с грибковыми и паразитарными кожными заболеваниями, с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП) и сифилисом, посещение консультативных приемов. Осмотр, обследование и ведение пациентов с различными формами сифилиса Выявление и оценка клинической симптоматики, забор материала для лабораторных исследований, составление планов обследования и	57 с неоднократным повторением

			лечения больных в амбулаторных условиях, проведения дифференциальной диагностики под контролем преподавателя. Оформление карты амбулаторного кожного больного, заполнение учетных форм, экстренных извещений, оформление больничных листов, оформление санаторно-курортной карты и др. Освоение учётной документации, действующие приказы, инструкции, положения о дерматовенерологической службе, методические рекомендации.	
--	--	--	--	--

8. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности:

- дневник ординатора

Форма аттестации:

- промежуточная, в форме зачета.

9. Фонд оценочных средств

9.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
3.	Собеседование и демонстрация ординатором практических навыков	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме. Оценка уровня владения каждым навыком	Перечень владений и навыков, полученных в период обучения	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины; овладение практическими навыками, согласно квалификационной характеристики врача - дерматовенеролога (оценки -

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
				«зачтено», «не зачтено») оценка «зачтено» - знать, выполнять самостоятельно и оценить результаты
4.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально- ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач по темам/разделам	грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи

9.2 Оценочные средства

Перечень владений и навыков, полученных в период обучения

№ п/п	Перечень владений и навыков
13.	Методика сбора жалоб, анамнеза и осмотра больного кожными заболеваниями и ИППП по профилю «Дерматовенерология».
	Методика описания кожного статуса при различных дерматозах.
	Методика заполнения и ведения медицинской документации (амбулаторных карт, учетных форм, экстренных извещений, оформление больничных листов, оформление санаторно-курортной карты и др.).
	Методика составления текущих и годовых отчетов о работе отделения, кабинета, оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология».
	Техника дерматоскопии
	Методика криодеструкции
	Методика электрокоагуляции
	Методика проведения и интерпретации основных клинико – диагностических симптомов и проб, используемых в дерматовенерологии:
	Анализ результатов исследования кожной тактильной, болевой, тепловой и холодовой чувствительности с целью диагностики.
	Определение и интерпретация кожного дермографизма

	Выявление симптомов «псориатической триады».
	Интерпретация симптома Пильнова, Воронова
	Выявление симптома Картамышева
	Определение изоморфной реакции кожи (феномена Кебнера)
	Оценка степени тяжести течения псориаза: PASI, BSA
	Методика исследования эластичности кожи с помощью зонда (симптом «проваливания зонда» А.И.Поспелова).
	Методика диагностики с помощью диаскопии (выявление феномена «яблочного желе»).
	Анализ болевой чувствительности на кожных высыпаниях (проба Ядассона, проба Бенъе-Мещерского).
	Определение и интерпретация симптома Никольского
	Определение и интерпретация симптома Асбое-Ганзена
	Определение и интерпретация симптома Шеклакова
	Определение симптома Денъе-Моргана
	Определение симптома «зимней стопы»
	Определение симптома «меховой шапки»
	Определение симптома Унны-Дарье
	Оценка степени тяжести течения атопического дерматита по методике SCORAD
	Определение и интерпретация симптома «полированных ногтей
	Определение сетки Уикхема
	Определение симптома Хачатуряна
	Определение симптома «медовых сот»
	Определение симптома Горчакова – Арди, Базена, Сезари
	Определение симптома «волосатого языка»
	Определение симптома «облатки»
	Определение симптома «пурпуры» (Брока-Иванова)
	Определение симптома «стружки» (симптом Бенъе)
	Определение симптома «терки»
	Дополнительное обследование кожного больного.
	Техника взятия материала для патогистологического исследования.
	Выполнение пробы с раствором йода на скрытое шелушение (проба Бальцера)
	Цитологический анализ содержимого пузырей и отделяемого с поверхности эрозий на коже и слизистых оболочках (методика мазков-отпечатков для выявления акантолитических клеток Тцанка).
	Осмотр больного в лучах лампы Вуда.
	Взятие материала из чешуек, волос, ногтей, содержимого пустул, абсцессов и соскобов с язв для микроскопической и культуральной диагностики инфекционных дерматозов.
	Методики обнаружения чесоточного клеща, вшей и Demodex folliculorum.
	Исследование фоточувствительности кожи методом определения биодозы УФО.

	Методика забора материала для исследования на грибы с гладкой кожи, волос, ногтей.
	Выявление моллюсковых телец («творожистой массы») при контагиозном моллюске.
	Методика наложения влажно-высыхающей повязки, примочек, компрессов
	Обследование венерического больного
	Методика непосредственного исследования больного сифилисом.
	Клиническая оценка результатов исследования ликвора.
	Выявление симптома Арджил-Робертсона.
	Выявление симптома Биетта.
	Лабораторная диагностика сифилиса
	Методика темнопольной микроскопии отделяемого из очагов поражения с целью диагностики сифилиса.
	Диагностика сифилиса методами РСК с кардиолипиновым антигеном и антигенами из бледной трепонемы, РИБТ, РИФ, РНГА.
	Обследование больных с урогенитальными инфекциями.
	Непосредственное исследование предстательной железы и семенных пузырьков. Получение секрета предстательной железы с помощью массажа.
	Методика проведения и клиническая оценка результата микроскопического анализа 2-3 стаканных проб.
	Методика осмотра шейки матки в зеркалах.
	Приготовление мазка и нативного препарата для микроскопического исследования из материала, взятого из уретры, заднего прохода и цервикального канала. Клиническая оценка результатов микроскопического анализа (окраска метиленовым синим и по Граму).
	Взятие материала для культуральной диагностики микоплазмоза и хламидиоза и клиническая оценка результатов анализа.

Ситуационные задачи

1.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/02.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем, урогенитальными инфекциями и с вызванными ими осложнениями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 32 лет явилась на прием в связи с тем, что при обследовании перед госпитализацией в хирургический стационар по поводу пупочной грыжи РПГА (4+). При дополнительном тестировании – вновь РПГА (4+), ИФА IgG (кп 1,5), ИФА IgM (кп 0,8), РМП отрицательна. Последние 4,5 года работает поваром в кафе, регулярно проходит медосмотры. Сифилис в прошлом

		отрицает. При осмотре наружных признаков сифилиса не выявлено. Половая жизнь в браке регулярная. Со слов пациентки муж – единственный половой контакт в течение жизни. Муж обследован, клинических признаков сифилиса не выявлено, РМП отрицательна. Имеет дочь 9 лет.
В	1	Какие варианты объяснения приведенной ситуации с серологическими тестами возможны?
Э	-	1. Пациентка больна сифилисом. 2. Пациентка в прошлом лечилась по поводу сифилиса. 3. Крайне маловероятный вариант – два специфических теста, в том числе один повторно, дали ложноположительный результат.
P2	-	Представлены все возможные варианты
P1	-	Представлена лишь часть вариантов
P0	-	Ответ неверный
В	2	Поставьте и обоснуйте диагноз пациентке
Э	-	Положительные РПГА и ИФА IgG свидетельствуют о наличии сифилиса. Отсутствие клинических проявлений говорит о скрытом сифилисе. Отрицательная на протяжении 4,5 лет РМП, а также отрицательная ИФА IgM позволяют поставить в данном случае диагноз позднего сифилиса. Таким образом, у пациентки – сифилис скрытый поздний.
P2	-	Диагноз поставлен правильно.
P1	-	Диагноз неполный.
P0	-	Диагноз неверный.
В	3	Представьте план дальнейшего ведения пациентки.
Э	-	1. Ликворологическое исследование 2. Консультации офтальмолога и невролога. 3. При подозрении на специфическое поражение внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и др. – консультации специалистов в соответствии с жалобами и/или патологическими изменениями при инструментальном обследовании. 4. Специфическая терапия в соответствии с диагнозом
P2	-	План полный
P1	-	План неполный
P0	-	План неверный
В	4	Представьте план ведения дочери
Э	-	1. Клинический осмотр. 2. Серологическое тестирование с проведением трепонемной реакции 3. Консультации офтальмолога, невролога, отоларинголога.
P2	-	План полный
P1	-	План неполный
P0	-	План неверный
В	5	Представьте план ведения мужа
Э	-	1. Клинический осмотр.

		2. Серологическое тестирование с проведением трепонемной реакции. 3. В случае отрицательного результата теста в дальнейшем обследовании и наблюдении не нуждается.
P2	-	План полный
P1	-	План неполный
P0	-	План неверный

2.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	002
Ф	A/01.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, заболеваниями волос, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	-	На прием к врачу обратилась девушка 18 лет с жалобами на зудящие высыпания, сухость и стягивание кожи. Анамнез. Сон из-за зуда не нарушен. Больна с младенческого возраста. Со слов матери пациентки, начало кожного заболевания совпало с введением прикорма, сопровождалось зудом, провоцирующими обострения причинами были преимущественно алиментарные факторы. В возрасте от 2 до 13 лет наблюдалась ремиссия заболевания, затем высыпания возобновились. Последние годы обострения наблюдаются не чаще 1-2 раза в год преимущественно в холодное время года, чаще продолжительностью рецидива до 1 месяца. Отмечается положительный эффект от применения топических кортикостероидных препаратов, средств щадящего базового ухода, однако последними пользуется нерегулярно. Больная связывает обострения заболевания с нарушениями диеты (употреблением в пищу морепродуктов, шоколада, сладостей, орехов, меда, ряда фруктов и овощей), психоэмоциональными факторами, так же контактами кожи с водой, моющими средствам. Текущее обострение началось в период психоэмоциональных нагрузок из-за сдачи экзаменов. Наследственность: у матери и бабушки бронхиальная астма, у отца экзема кистей. При осмотре: повышенная общая сухость кожи,

		высыпания локализуются на коже лица, в области подколенных и локтевых сгибов, тыле кистей и представлены в виде эритемато-сквамозных очагов без четких границ с легкой инфильтрацией, лихенификацией, мелкопластинчатым шелушением, единичными эскориациями; в области локтевых сгибов дополнительно единичные микровезикулы и точечные микроэрозии с мокнутием, серозными корочками; SCORAD–индекс 27. Так же наблюдается потемнение кожи периорбитальной области, дополнительная горизонтальная складка кожи нижнем веке, гиперлинеарность ладоней. Дермографизм белый, стойкий.
В	1	О каком заболевании идет речь? Укажите стадию, возрастной период, тяжесть течения заболевания.
Э	-	Атопический дерматит. Стадия обострения. Легкое течение. Взрослый период.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не учтены все имеющиеся у пациентки стадия, тяжесть течения, возрастной период заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте по клиническим признакам наличие данного заболевания, его стадию, возрастной периода, тяжесть течения.
Э	-	Диагноз "атопический дерматит" установлен на основании жалоб больной на зудящие высыпания, сухость и стягивание кожи, данных анамнеза о хронически-рецидивирующем течении, сезонности обострений, начале заболевания в раннем детском возрасте, сведениях о провоцирующих обострения факторах (алиментарные, психоэмоциональные факторы, внешние раздражающие факторы), положительном эффекте от применения топических кортикостероидных средств, наличии атопических заболеваний у близких родственников пациентки, по данным осмотра - симметричные эритемато-сквамозные очаги без четких границ на коже лица, сгибательных поверхностях конечностей, тыле кистей с легкой инфильтрацией, лихенификацией, эскориациями, наличием единичных микровезикул и точечных микроэрозий с мокнутием, серозными корочками в локтевых сгибах, общей повышенной сухости

		кожи, потемнения кожи периорбитальной области, дополнительной складки кожи на нижнем веке (симптом Денни-Моргана), гиперлинеарности ладоней, белого стойкого дермографизма. О наличии обострения процесса свидетельствуют зудящие экссудативные (микровезикулы, микроэрозии с мокнутием) и эритематозно-сквамозные очаги поражения с инфильтрацией, повышенной сухостью, эксфолиациями. Возраст пациентки, локализация и характер высыпаний (поражение кожи разгибательных поверхностей конечностей в виде экссудативных, эритематосквамозных очагов с инфильтрацией, лихенификацией, общей повышенной сухостью кожи), наличие стрий атопии (потемнение кожи периорбитальной, симптом Денни-Моргана, гиперлинеарности ладоней), связь обострений с психоэмоциональными факторами характеризуют взрослый период заболевания. Лёгкому течению атопического дерматита свойственны преимущественно ограниченно-локализованные проявления кожного процесса с легкой степенью воспалительных проявлений (легкая степень инфильтрации, лихенификации, эритемато-сквамозных и экссудативных проявлений на коже), умеренный во выраженности зуд, SCORAD–индекс 27; редкие обострения (1–2 раз в год) с продолжительностью до 1 месяца преимущественно в холодное время года, хороший эффект от проводимой терапии.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не учтены все имеющиеся у пациентки стадия, тяжесть течения, возрастной период заболевания.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какое лечение показано данной больной?
Э	-	Учитывая степень тяжести, распространенность и локализацию высыпаний (преимущественно в области складок кожи), нужно акцентировать лечение на наружных методах. В данном случае целесообразно назначение глюкокортикостероидных препаратов для наружного применения в форме крема или эмульсии с минимальным атрофогенным эффектом

		(мометазона фуруат, метилпреднизолона ацепонат, гидрокортизона-17-бутират) или топических блокаторов кальциневрина (пимекролимус) с обязательным налаживанием постоянного базового ухода за кожей. Наружные глюкокортикостероидные препараты наносят на пораженные участки кожи тонким слоем от 1 до 3 раз в сутки до 2 недель, блокаторы кальциневрина 2 раза в сутки (в случае сохранения выраженности симптомов заболевания в течение 6 недель применения препаратов необходима повторная консультация врача-дерматовенеролога для уточнения диагноза атопического дерматита). После купирования обострения топические глюкокортикостероидные препараты и блокаторы кальциневрина отменяются, и больной рекомендуется продолжить использовать только средства базового ухода. На зоны поражения кожи с экссудацией возможно применение несколько раз в день холодных примочек до прекращения мокнутия (с 2% борной кислотой, 0,025% нитратом серебра, 1% раствора резорцина и др.), а также топических кортикостероидных средств в форме аэрозолей (например, окситетрациклин +гидрокортизон 2 раза в сутки наружно до 5-7 дней или оксиклозоль 2 раза в сутки наружно до 7-10 дней). Возможно назначение антигистаминных, седативных препаратов. При отсутствии эффекта дополнительно могут назначаться детоксикационные средства, фототерапия. На всех этапах ведения больных рекомендовано осуществление обучающих программ психореабилитационной направленности, придерживаться гипоаллергенной диеты и быта и чрезвычайно важно использование постоянного базового ухода. Увлажняющие и смягчающие средства базового ухода за кожей применяют после каждого мытья и при ощущении сухости, стягивания кожи, но желательно не менее 2 раз в сутки.
P2	-	Перечислены все направления терапии.
P1	-	Перечислена лишь часть направлений терапии.
P0	-	Лечение назначено неверно.

В	4	Каковы меры предупреждения обострения заболевания?
Э	-	Предупреждение обострения атопического дерматита заключается в исключении воздействия триггерных факторов: психоэмоциональных нагрузок, несоблюдения диетического режима и гипоаллергенного быта, нарушения правил и режима ухода за кожей (в том числе нерационального использования синтетических моющих средств, а также шампуней, мыла, лосьонов с высоким значением pH), экологического неблагополучия, табачного дыма и т.д.). При сборе анамнеза, анализа особенностей клинических проявлений заболевания и данных обследования оценивается значимость тех или иных факторов для конкретного пациента и проводятся элиминационные мероприятия (из анамнеза данной пациентки имеются сведения о провоцирующих обострения заболевания алиментарных, психоэмоциональных факторах, внешние раздражающих факторах). Важными также являются санация очагов хронической инфекции, нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей. Всем больным атопическим дерматитом вне зависимости от тяжести, распространенности, остроты кожного процесса, наличия или отсутствия осложнений назначаются средства постоянного базового ухода за кожей. Рекомендуется санаторно-курортное лечение в стадии вне обострения.
P2	-	Перечислены все меры предупреждения обострения
P1	-	Перечислена лишь часть мер предупреждения обострения
P0	-	Не перечислено ни одной меры предупреждения обострения
В	5	Какой уход за кожей можно рекомендовать данной пациентке?
Э	-	Пациентам с атопическим дерматитом рекомендуется бережный базовый уход за кожей в постоянном режиме (и в период обострения, и в период ремиссии). При этом используются средства мягкого гипоаллергенного очищения, а так же увлажняющие и смягчающие кожу наружные препараты (эмолиенты), предназначенные специально для

		аллергичной, чувствительной, склонной к сухости кожи. Рекомендовано использование соответствующих специальных лечебных линий косметики. Применение смягчающих и увлажняющих средств базового ухода должно быть обязательным после каждого мытья кожи, при ощущении сухости и стягивания кожи, но не менее 2 раз в сутки. Важно, особенно в острый период, исключить контакты кожи с синтетическими, шерстяными и грубыми тканями. Важно исключить любые раздражающие кожу факторы - трение, мытье очень горячей или чрезмерно холодной водой и т.д.
P2	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентки с атопическим дерматитом выбрана верно. Перечислены все основные направления и особенности ухода.
P1	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентки с атопическим дерматитом выбрана не в полном объеме. Перечислены не все направления и особенности ухода.
P0	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентки с атопическим дерматитом выбрана неверно.

3

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	003
Ф	B/01.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой, поражениями суставов, лимфопролиферативными заболеваниями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У мужчины 22 лет температура тела внезапно повысилась до 39,4° С, на туловище и лице появилась сыпь в виде эритематозных пятен, везикул. Вызванный участковый терапевт назначил прием антибиотиков, после начала приема, которых количество элементов сыпи, увеличилось, температура не снизилась, появился интенсивный распространенный зуд на туловище, верхних и нижних конечностях, головная боль, рвота, светобоязнь. Больной сообщил, что с детства

		страдает атопическим дерматитом. Кроме того, его беспокоят частые (8 – 9 раз в год) рецидивы лабиального герпеса. Через день с диагнозом «токсидермия» пациент был госпитализирован.
В	1	Поставьте клинический диагноз
Э	-	Герпетическая экзема Капоши. Распространенный атопический дерматит в стадии обострения.
P2	-	Диагноз полный
P1	-	Диагноз неполный
P0	-	Диагноз неверный
В	2	Представьте план первоочередного обследования пациента
Э	-	1. Определение вируса и его типирование в содержимом везикул (с помощью ПЦР) 2. Консультация невропатолога 3. Консультация офтальмолога
P2	-	План полный
P1	-	План неполный.
P0	-	План неверный.
В	3	Представьте план дальнейшего обследования пациента.
Э	-	1. При выявлении ВПГ 1-го типа необходимо обследовать пациента с целью выявления возможных причин снижения иммунитета (поиски возможных лейкоза, злокачественного новообразования, ВИЧ-инфекции) из-за относительно частых рецидивов. 2. Определение общего IgE сыворотки крови
P2	-	План полный
P1	-	План неполный
P0	-	План неверный
В	4	Что необходимо сделать прежде прочих терапевтических и диагностических мероприятий?
Э	-	1. С учетом ряда симптомов, которые могут свидетельствовать о возможном поражении ЦНС, необходимо срочно начать использование аномальных нуклеозидов. 2. Препараты должны вводиться парентерально (внутривенно).

		Ацикловир вводится из расчета 10 мг/кг с интервалом не менее 8 часов.
P2	-	Ответ полный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неверный
B	5	Представьте план дальнейшего ведения пациента
Э	-	1. Продолжить прием препаратов из группы аномальных нуклеозидов; если поражение ЦНС не подтвердится, можно перейти на пероральный прием. 2. Отменить прием антибиотиков как возможной причины обострения атопического дерматита, назначить антигистаминные препараты. 3. Локально на коже следует использовать антисептические и/или антимикробные средства. 4. На слизистую глаз – противовирусные препараты в виде мази или глазных капель. 5. Начать активное лечение атопического дерматита только после разрешения экземы Капоши
P2	-	План полный
P1	-	План неполный
P0	-	План неверный

4

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	004
Ф	A/02.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем, урогенитальными инфекциями и с вызванными ими осложнениями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	28-летняя женщина обратилась к дерматологу с жалобами на высыпания пятен бледно-красного цвета на теле. Анамнез: сыпь существует около недели, не увеличивается, не

		сливается и не шелушится. В разводе, есть ребенок 4-х лет, около трёх месяцев назад была половая связь с малознакомым мужчиной. При осмотре на туловище (грудь, живот, верхней части спины) – пятнистые высыпания бледно-розового цвета, которые не сливаются и не шелушатся, при витропрессии пятна полностью исчезают. При исследовании крови: РМП, РИФ, РПГА положительны.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Вторичный свежий сифилис.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз установлен не полностью: не учтена форма заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз «Вторичный сифилис» установлен на основании, данных анамнеза: ранее была половая связь (около 3-х месяцев назад), результатах осмотра – на туловище (грудь, живот, верхней части спины) – пятнистые высыпания бледно-розового цвета, которые не сливаются и не шелушатся, при витропрессии пятна полностью исчезают, результатах лабораторного исследования крови на сифилис – положительных РМП, РПГА и РИФ.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: Отсутствует полное обоснование – не указаны результаты серологических реакций.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какое лечение показано больному?
Э	-	Рекомендуются курсы антибиотикотерапии (бензилпенициллина натриевая соль по 1 млн. ЕД в/м каждые 4 часа - 28 дней или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки - 20 дней или бициллин-1 по 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дней №6) в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению вторичного сифилиса.

		Для членов семьи показано превентивное лечение (бициллин-5 по 1,5 млн ЕД в/м 2 р/нед №2 или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки - 7 дней).
P2	-	Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность введения подобраны правильно.
P1	-	Правильно указана тактика ведения пациента, верные группы препаратов, однако их дозы и режим введения препаратов указан неверно.
P0	-	Ответ неверный: неправильно указана тактика ведения и используемые препараты.
B	4	Какие консультации (исследования) необходимо провести данной пациентке?
Э	-	Консультацию офтальмолога, невролога (по его рекомендации - спинномозговую пункцию с исследованием СМЖ).
P2	-	Правильно указаны все методы обследования и специалисты
P1	-	Методы обследования (специалисты) указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования (специалисты) указаны неверно
B	5	С какими заболеваниями необходимо дифференцировать сифилитическую розеолу?
Э	-	С пятнистой токсикодермии, с корью, краснухой, розовым лишаем.
P2	-	Перечень заболеваний указан верно.
P1	-	Перечень заболеваний указан не полностью.
P0	-	Перечень заболеваний указан неверно.

5

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента миникайса
Н	-	005
Ф	A/02.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем, урогенитальными инфекциями и с вызванными ими осложнениями
Ф	B/02.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	50 - летний мужчина обратился к дерматологу с жалобами на угревидные высыпания на теле, на руках и на ладонях. Анамнез: сыпь существует около 3-х недель, работает ночным охранником, женат, беспорядочные половые связи отрицает. При осмотре на туловище (грудь, живот, спина) и на ладонях – папуло-пустулёзные высыпания, гнойные корки на поверхности красноватых папул, до 5 мм в диаметре. При исследовании крови: РМП, РИФ, РПГА положительны.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Вторичный сифилис (угревидный сифилид).
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз установлен не полностью: не учтена форма заболевания.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз «Вторичный сифилис» установлен на основании осмотра - папуло-пустулёзные высыпания, гнойные корки на поверхности красноватых папул до 5 мм в диаметре на коже туловище (грудь, живот, спина) и на ладонях, результатах лабораторного исследования крови на сифилис – положительных РМП, РИФ, РПГА.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: Отсутствует полное обоснование – не указаны результаты серологических реакций.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какое лечение показано больному?
Э	-	Рекомендуются курсы антибиотикотерапии (бензилпенициллина натриевая соль по 1 млн. ЕД в/м каждые 4 часа - 28 дней или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки - 20 дней или бициллин-1 по 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дней №6) в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению вторичного сифилиса.

		Для членов семьи показано превентивное лечение (бициллин-5 по 1,5 млн ЕД в/м 2 р/нед №2 или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки - 7 дней).
P2	-	Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность введения подобраны правильно.
P1	-	Правильно указана тактика ведения пациента, верные группы препаратов, однако их дозы и режим введения препаратов указан неверно.
P0	-	Ответ неверный: неправильно указана тактика ведения и используемые препараты.
B	4	Какие консультации (исследования) необходимо провести данному пациенту?
Э	-	Консультацию невролога, офтальмолога. Спинномозговую пункцию для исследования СМЖ (цитологического, серологического (ИФА, РИФ, РПГА, иммуноблоттинг), МРТ.
P2	-	Правильно указаны все методы обследования и специалисты
P1	-	Методы обследования (специалисты) указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования (специалисты) указаны неверно
B	5	С какими заболеваниями необходимо дифференцировать угревидный сифилид?
Э	-	С токсикодермией, с папулонекротическим туберкулёзом кожи, йодо- и бромодермой, масляными фолликулитами.
P2	-	Перечень заболеваний указан верно.
P1	-	Перечень заболеваний указан не полностью.
P0	-	Перечень заболеваний указан неверно.

6

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	006
Ф	A/02.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной по-мощи в амбулаторных условиях пациентам с инфекциями, переда-ваемыми половым путем, урогенитальными инфекциями и с вызванными ими осложнениями
Ф	B/02.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стацио-нарных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	28 - летний мужчина обратился к дерматологу с жалобами на положительные реакции на сифилис, которые были случайно выявлены при обследовании (РИФ и РИТ). Анамнез: не может сказать, как давно реакции на сифилис стали положительными (кровь на сифилис сдавал около 2 лет назад – результат обследования был отрицательным), в течение этих 2-х лет получал антибиотикотерапию по поводу ангины, ранее были беспорядочные половые связи, семейное положение - холост. При осмотре – высыпаний на коже и слизистых нет.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Скрытый ранний сифилис.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз установлен не полностью: полностью не учтена форма заболевания.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз «Скрытый ранний сифилис» установлен на основании, данных анамнеза: ранее были беспорядочные половые связи, отрицательных результатах лабораторного исследования крови на сифилис 2года назад и положительных РИТ, и РИФ в настоящее время.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: Отсутствует полное обоснование – не указаны результаты серологического обследования 2 года назад.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какое лечение показано больному?
Э	-	Рекомендуются курсы антибиотикотерапии (бензилпенициллина натриевая соль по 1 млн. ЕД в/м каждые 4 часа - 28 дней или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки - 20 дней или бициллин-1 по 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5

		дней №6) в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению вторичного и скрытого раннего сифилиса.
P2	-	Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность введения подобраны правильно.
P1	-	Правильно указана тактика ведения пациента, верные группы препаратов, однако их дозы и режим введения препаратов указан неверно.
P0	-	Ответ неверный: неправильно указана тактика ведения и используемые препараты.
B	4	Какие исследования необходимо провести данному пациенту?
Э	-	Консультацию невролога и офтальмолога. Спинномозговую пункцию для исследования СМЖ (цитологического, серологического (ИФА, РИФ, РПГА, иммуноблоттинг), МРТ.
P2	-	Правильно указаны все специалисты и методы обследования
P1	-	Методы обследования (специалисты) указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования указаны неверно
B	5	При каких состояниях возможны положительные серологические тесты на сифилис?
Э	-	Положительные серологические тесты на сифилис (чаще всего нетрепонемные) встречаются при злокачественных новообразованиях, беременности, аутоиммунных заболеваниях.
P2	-	Правильно указаны вероятный перечень состояний и заболеваний
P1	-	Перечень состояний и заболеваний указан не полностью.
P0	-	Перечень состояний и заболеваний указан неверно.

7

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	007
Ф	A/01.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, заболеваниями волос, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой
Ф	B/01.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой, поражениями

		суставов, лимфопролиферативными заболеваниями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 39 лет, по профессии строитель, обратился к дерматологу с жалобами на высыпания на лице в области усов и бороды. Анамнез. Считает себя больным в течение нескольких лет. К врачу не обращался, лечился самостоятельно различными наружными спиртосодержащими растворами, кремами с содержанием антибиотиков, с кратковременным эффектом. После применения ГКС-содержащего крема (по совету соседки) количество сыпи резко увеличилось. Сопутствующие заболевания: хронический ринит. Локальный статус. При осмотре: на коже лица, в зоне роста щетинистых волос (в области бороды и усов), на фоне незначительной инфильтрации локализуются сливные очаги, состоящие из остроконечных фолликулярных пустул, покрытых гнойными корочками. По периферии, на фоне незначительной гиперемии множественные рассеянные фолликулярные пустулы, пронизанные волосом в центре и с небольшим ободком реактивной гиперемии. Субъективно незначительная болезненность.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Вульгарный сикоз
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не учтены все имеющиеся у пациента симптомы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз установлен на основании клинической картины: в зоне роста щетинистых волос (в области бороды и усов), на фоне незначительной инфильтрации локализуются сливные очаги, состоящие из остроконечных фолликулярных пустул, покрытых гнойными корочками. По периферии, на фоне незначительной гиперемии множественные рассеянные фолликулярные пустулы, пронизанные волосом в центре и с небольшим ободком реактивной

		гиперемии. Субъективно незначительная болезненность.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не перечислены все диагностически значимые клинические симптомы
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Дифференциальный диагноз?
Э	-	Псевдофолликулит, вызванный вросшими волосами - чаще всего встречается у мужчин черной расы. Жесткие кончики волос, еще не выходя из волосяного фолликула, проникают в кожу или же, выйдя из него, заггибаются и врастают в кожу, что вызывает образование небольших пустул, которые скорее являются реакцией на инородное тело, чем проявлением инфекции. паразитарный сикоз. Признаки паразитарного сикоза: - опухолевидный характер инфильтрата - четкая очерченность инфильтрата - более глубокое гнойное расплавление - наклонность к самопроизвольному разрешению - отсутствие рецидивов - сбор анамнеза - контакт с животными (грызуны, крупный рогатый скот). - выдергивание волос из очага безболезненное.
P2	-	выявлены все дифференциально- диагностические признаки, позволяющие поставить правильный диагноз
P1	-	выявлены не все дифференциально- диагностические признаки, позволяющие поставить правильный диагноз
P0	-	не выявлены дифференциально- диагностические признаки, позволяющие поставить правильный диагноз
B	4	Какое обследование необходимо?
Э	-	окраска по Граму посев материала из очага на флору и чувствительность к антибактериальным препаратам – при подозрении на MRSA посев из носовой полости – для выявления носительства (хроническое, рецидивирующее течение пиодермии)

		в сомнительных случаях проводят микроскопию гноя или волоса – для обнаружения спор грибов вокруг волоса (экзотрикс)
P2	-	план обследования составлен и обоснован полностью
P1	-	план обследования составлен и обоснован неполностью
P0	-	план обследования не составлен и не обоснован, или составлен неправильно
B	5	Какой план лечения и профилактических мер для предотвращения рецидивирования показан?
Э	-	санация носительства применение топических антисептиков и антибактериальных препаратов (препараты, содержащие фузидиевую кислоту, мупироцин) эпиляция волос антибиотики системного действия - при распространенных пиодермиях, при отсутствии эффекта от наружной терапии, наличии общих явлений (лихорадка, недомогание) и регионарных осложнений (лимфаденит, лимфангит): Амоксициллин/клавуланат, Цефалексин, Оксациллин. при аллергии к β-лактамам - линкозамиды или макролиды, длительность: 10-14 дней. предотвращение распространения инфекции на непораженные участки кожи (временное запрещение мытья и посещения бассейнов; обработка антисептиками непораженной кожи вокруг очагов пиодермии, запрещение компрессов, массажа в зоне пиодермии, бритья).
P2	-	правильно составлен план лечения и перечислены профилактические меры, перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность нанесения или приема правильно подобраны
P1	-	перечислены верные группы препаратов, однако, дозы и кратность нанесения или приема не подобраны или выбрана только одна группа препаратов, не полностью перечислены профилактические меры
P0	-	ответ неверный: не составлен план лечения, не перечислены меры профилактики, не названы ни один из препаратов

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	008
Ф	A/01.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, заболеваниями волос, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой
Ф	B/01.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой, поражениями суставов, лимфопролиферативными заболеваниями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	55 - летний мужчина, светлокожий (1 фототип по Фицпатрику), работающий в сфере строительства, обратился к дерматологу с жалобами на приливы и покраснение лица, существующие много лет. Анамнез: в течение последних лет пациент отмечал появление «прыщей» и «неровностей» на коже щек и носа, преимущественно в центральной части лица. Также отмечались усиливающиеся «приливы», с каждым разом, становившиеся все интенсивнее, сопровождающиеся ощущением жара и жжения. Пациент отметил, что кожа носа стала более толстой, грубой. Со слов жены, покраснение лица усиливается при употреблении утреннего кофе, после работы и, особенно, после вечернего бокала вина. Пациент указывал, что длительное время подвергался УФ облучению, что связано с родом его деятельности, а также отмечал, что редко использовал солнцезащитный крем. При осмотре – на фоне центрофациальной эритемы, без признаков шелушения, множественные телеангиэктазии, около десяти папуло-пустулезных элементов, гиперплазия слюнных желез, утолщение кожи в центральной части лица. Кожа носа рыхлой текстуры, расширенные поры, незначительная деформация носа. Пациент был осмотрен окулистом. При офтальмологическом обследовании выявлено умеренный отек и шелушение краев век, умеренная конъюнктивальная инъекция.
В	1	О каком заболевании идет речь?

Э	-	Розацеа. Папуло-пустулезный подтип. Ринофима. Офтальморозацеа
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не учтены все имеющиеся у пациента подтипы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз Розацеа установлен на основании жалоб больного на приливы и покраснение лица, появление «прыщей» и «неровностей» на коже щек и носа, преимущественно в центральной части лица, данных анамнеза: покраснение лица усиливается при употреблении утреннего кофе и, особенно, после вечернего бокала вина. По данным осмотра – на фоне центрофациальной эритемы множественные телеангиэктазии, около десяти папуло-пустулезных элементов, гиперплазия сальных желез, утолщение кожи в центральной части лица. Кожа носа рыхлой текстуры, расширенные поры, незначительная деформация носа. При офтальмологическом обследовании - умеренный отек и шелушение краев век, умеренная конъюнктивальная инъекция.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не перечислены все диагностически значимые симптомы, характерные для розацеа
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какое лечение показано больному?
Э	-	Рекомендуется наружно азелаиновая кислота или метронидазол или крем ивермектин и курс антибактериальных препаратов перорально. Доксициклин 100-200 мг в сутки перорально в течение 14-21 дней, поддерживающая доза - 100 мг в сутки в течение 12 недель. Наружно: метронидазол, гель 0,75%, крем 1% наносят на предварительно очищенную кожу тонким слоем 2 раза в сутки, утром и вечером, в течение 3-9 недель, или азелаиновая кислота, крем 15%, гель наносят на все пораженные участки кожи и слегка втирают 2 раза

		в сутки (утром и вечером), или 1% ивермектин крем 1 раз в день все лицо до 16 недель.
P2	-	Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность нанесения или приема правильно подобраны
P1	-	перечислены верные группы препаратов, однако, дозы и кратность нанесения или приема не подобраны или выбрана только одна группа препаратов
P0	-	Ответ неверный: не перечислены ни одна из верных групп препаратов
V	4	Какие меры предупреждения обострения?
Э	-	Предупреждение обострения розацеа заключается в исключении воздействия триггерных факторов: инсоляции, продуктов питания, напитков и фармакологических препаратов, индуцирующих эритему лица, агрессивных косметологических процедур. Показана поддерживающая терапия наружным метронидазолом или азелаиновой кислотой, солнцезащитный крем с высоким фактором защиты.
P2	-	Перечислены все меры предупреждения обострения
P1	-	Перечислена лишь часть мер предупреждения обострения
P0	-	Не перечислено ни одной меры предупреждения обострения
V	5	Какой уход за кожей рекомендован пациентам с розацеа?
Э	-	Пациентам рекомендуют бережный уход за кожей с использованием мягкого очищения, увлажняющих средств, предназначенных для чувствительной кожи. Обязательное использование солнцезащитных средств. Рекомендовано использование лечебных линий космецевтики, рекомендованных для пациентов с розацеа.
P2	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана верна. Перечислены все основные линии лечебной косметики
P1	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана частично верна. Не перечислены основные линии лечебной косметики
P0	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана неверно.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента миникаейса
Н	-	009
Ф	A/01.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, заболеваниями волос, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой
Ф	B/01.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой, поражениями суставов, лимфопролиферативными заболеваниями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	29 - летняя пациентка обратилась к дерматологу с жалобами на высыпания на коже лица, существующие несколько лет. Анамнез. Пациентка указала, что в течение подросткового периода страдала от высыпаний акне умеренной тяжести, которые самопроизвольно разрешились во время учебы в колледже. Тем не менее, в течение последних двух лет, она снова стала отмечать появление высыпаний на лице, сопровождающихся постоянным покраснением лица. Многочисленные лекарственные препараты, которое она использовала для терапии «акне» зачастую ухудшали состояние кожи, вызывая ощущение сухости и раздражения. Декоративная косметика, наносимая для камуфлирования высыпаний и покраснения, также вызывала раздражение. Пациентка указывала, что состояние кожи ухудшалось после солнечного облучения, тепла и стресса, а также что употребление красного вина провоцировало «приливы» и покраснение. Отрицает использование топических кортикостероидов на кожу лица. Пациентка не беременна, не кормит грудью, принимает КОК. Физикальное обследование. При осмотре выявлена заметная эритема, поражающая нос, медиальные зоны щек, подбородок. В тех же областях отмечались единичные папулы и пустулы; кожа шеи, груди и спины - свободны от высыпаний. На щеках отмечались телеангиэктазии. Открытых или закрытых комедонов не выявлено. В области волосистой части головы и ушных раковин эритема или

		шелушение отсутствовали; конъюнктива и ресничный край без патологии.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Розацеа.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не учтены все имеющиеся у пациента подтипы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз Розацеа установлен на основании жалоб больной на высыпания на лице, сопровождающихся постоянным покраснением лица, ухудшение после солнечного облучения, тепла и стресса, употребления красного вина; осмотра – на коже носа, щек, подбородка на фоне эритемы телеангиэктазии, единичные папулы и пустулы.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не перечислены все диагностически значимые симптомы, характерные для розацеа
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какое лечение показано больной?
Э	-	рекомендуется наружно азелаиновая кислота или метронидазол или крем ивермектин наружно: метронидазол, гель 0,75%, крем 1% наносят на предварительно очищенную кожу тонким слоем 2 раза в сутки, утром и вечером, в течение 3-9 недель, или азелаиновая кислота, крем 15%, гель наносят на все пораженные участки кожи и слегка втирают 2 раза в сутки (утром и вечером), или 1% ивермектин крем 1 раз в день все лицо до 16 недель. В дальнейшем планируется гель Бримонидина для симптоматического устранения эритемы.
P2	-	Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность нанесения или приема правильно подобраны
P1	-	перечислены верные группы препаратов, однако, дозы и

		кратность нанесения или приема не подобраны или выбрана только одна группа препаратов
P0	-	Ответ неверный: не перечислены ни одна из верных групп препаратов
B	4	Какие меры предупреждения обострения?
Э	-	Предупреждение обострения розацеа заключается в исключении воздействия триггерных факторов: инсоляции, продуктов питания, напитков и фармакологических препаратов, индуцирующих эритему лица, агрессивных косметологических процедур. Показана поддерживающая терапия наружным метронидазолом или азелаиновой кислотой, солнцезащитный крем с высоким фактором защиты.
P2	-	Перечислены все меры предупреждения обострения
P1	-	Перечислена лишь часть мер предупреждения обострения
P0	-	Не перечислено ни одной меры предупреждения обострения
B	5	Какой уход за кожей рекомендован пациентам с розацеа?
Э	-	Пациентам рекомендуют бережный уход за кожей с использованием мягкого очищения, увлажняющих средств, предназначенных для чувствительной кожи. Обязательное использование солнцезащитных средств. Рекомендовано использование лечебных линий космецевтики по уходу за кожей с розацеа.
P2	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана верна. Перечислены все основные линии лечебной косметики
P1	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана частично верна. Не перечислены основные линии лечебной косметики
P0	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана неверно.

10

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	010
Ф	A/01.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с дерматозами,

		доброкачественными новообразованиями кожи, заболеваниями волос, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой
Ф	В/01.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стационар-ных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, мико-зами гладкой кожи и ее придатков, лепрой, поражениями суставов, лимфопролиферативными заболеваниями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	56 - летняя женщина с высыпаниями на лице направлена на консультацию ревматологами для исключения диагноза «красная волчанка» Анамнез. Высыпания на лице появились 6 месяцев назад, в мае, и постепенно прогрессировали. Субъективно сопровождалась минимальными ощущениями раздражения и периодическим зудом. Других высыпаний не отмечала. Использовала множество наружных препаратов для лечения акне, включающих бензоила пероксид, а также кратковременно топические глюкокортикостероиды средней степени активности, без клинического эффекта. Пациентка указывала, что страдала от кистозных акне с подросткового возраста. Получала топическую и системную терапию, но системные ретиноиды не получала. Пациентка считает, что юношеские высыпания акне «трансформировались» в ее настоящие высыпания. В анамнезе остеоартрит, а также отмечено повышение антинуклеарных антител, оставшееся необъясненным. Локальный статус. При осмотре: отечная эритема в форме бабочки, охватывающая области щек и носа. На поверхности эритемы – единичные дискретные папулы, пустулы. Шелушения нет. При осмотре кожи волосистой части головы, ушных раковин и переносицы высыпаний не выявлено. Гирсутизм в области верхней губы и бакенбардов. На коже груди и спины повышенного оволосения не выявлено; оволосение лобка по женскому типу. Алопеции нет. Лабораторные показатели. Клинический анализ крови и общий анализ мочи без патологических изменений. Повышение АНА (антинуклеарных антител) до 1:320, мелкогранулярное свечение. Антитела к двуспиральной ДНК, Smith, Ro (SS-A), и La (SS-B) были отрицательны.

		Уровни дегидроэпиандростерон-сульфата, свободного и связанного тестостерона и пролактина были в норме. Уровни ФСГ и ЛГ были повышены в соответствии с менопаузальной нормой.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Розацеа.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не учтены все имеющиеся у пациента симптомы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз Розацеа установлен на основании жалоб больной на высыпания на лице, сопровождающихся минимальными ощущениями раздражения и периодическим зудом; осмотра – отечная эритема в форме бабочки, охватывающая области щек и носа. На поверхности эритемы – единичные дискретные папулы, пустулы.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не перечислены все диагностически значимые симптомы, характерные для розацеа
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Как вы интерпретируете лабораторные показатели?
Э	-	Мелкогранулярное свечение АНА (антиядерных антител) и отрицательные антитела к двуспиральной ДНК, Smith, Ro (SS-A), и La (SS-B) исключают диагноз СКВ. У здоровых людей может быть обнаружено мелкогранулярное свечение при низких, умеренных или высоких титрах АНА.
P2	-	лабораторные показатели интерпретированы верно
P1	-	лабораторные показатели интерпретированы частично верно
P0	-	лабораторные показатели интерпретированы полностью неверно
В	4	Какое лечение показано больной?
Э	-	рекомендуется доксициклин 100-200 мг в сутки перорально в течение 14-21 дней, поддерживающая доза - 100 мг в сутки в течение 12 недель. Наружно: метронидазол, гель 0,75%, крем 1% наносят на

		предварительно очищенную кожу тонким слоем 2 раза в сутки, утром и вечером, в течение 3-9 недель, или азелаиновая кислота, крем 15%, гель наносят на все пораженные участки кожи и слегка втирают 2 раза в сутки (утром и вечером), или 1% ивермектин крем 1 раз в день все лицо до 16 недель. Солнцезащитный крем с высоким фактором защиты. При отсутствии эффекта возможно назначение системного изотретиноина в малых дозах
P2	-	Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность нанесения или приема правильно подобраны
P1	-	перечислены верные группы препаратов, однако, дозы и кратность нанесения или приема не подобраны или выбрана только одна группа препаратов
P0	-	Ответ неверный: не перечислены ни одна из верных групп препаратов
V	5	Какие меры предупреждения обострения?
Э	-	Предупреждение обострения розацеа заключается в исключении воздействия триггерных факторов: инсоляции, продуктов питания, напитков и фармакологических препаратов, индуцирующих эритему лица, агрессивных косметологических процедур. Показана поддерживающая терапия наружным метронидазолом или азелаиновой кислотой, солнцезащитный крем с высоким фактором защиты.
P2	-	Перечислены все меры предупреждения обострения
P1	-	Перечислена лишь часть мер предупреждения обострения
P0	-	Не перечислено ни одной меры предупреждения обострения

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение

2. Литература

Основная:

№ п/п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
14.	Гонококковая инфекция: учебное пособие	Разнатовский К.И. Согомонян Л.М. Чаплыгин А.В. Клибсон С.К.	СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017. –26с.	0	10

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
		Корнишева В.Г. Полухина О.Э. Котрехова Л.П., Смирнова Т.С. Вашкевич А.А. Раводин Р.А. Левина Ю.В. Мирзоян В.Л. Монахова А.П. др.			
15.	Дерматовенерология: клинические рекомендации / - 320 с.	ред.-Кубанова А.А.	М. : ГЭОТАР-МЕД, 2015.	0	1
16.	Дерматовенерология. Национальное руководство. — 1024 с.	под ред Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова.	М.: ГЭОТАР–Медиа, 2014.	1	1
17.	Диагностика меланоцитарных невусов: учебное пособие/ — 47 с.	Клибсон С.К., Монахова А.П., Вашкевич А.А.	СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2018	MOODLE	5
18.	Диагностические индексы в дерматологии- 352 с	Адаскевич В.П.	М.: Изд. Панфилова, 2014.	3	0
19.	Инфекционные и неинфекционные заболевания вульвы и влагалища: учебное пособие – 44 с.	Мирзабалаева А.К. Вашкевич А.А. Котрехова Л.П.	СПб.: ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013.	5	1
20.	Квалификационные тесты по специальности «Дерматовенерология» (учебное пособие) – 140 с.	Разнатовский К.И., Корнишева В.Г., Родионов А.Н., Клибсон С.К., Согомонян Л.М. и др., всего 17 чел.	СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017	0	5
21.	Основы клинической диагностики в дерматовенерологии и (учебное пособие) – 96 с.	Раводин Р.А. Разнатовский К.И., Вашкевич А.А.	СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017	4+ MOODLE	5
22.	Основы микроскопической диагностики в	Раводин Р.А. Разнатовский К.И., Вашкевич А.А.	СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017	MOODLE	5

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
	дерматовенерологи и (учебное пособие) – 80 с.				
23.	Практические навыки в дерматовенерологи и: справ. для врачей	Т.В. Соколова В.В. Гладько, Л.А. Сафонова	М.: МИА, 2011.	2	0
24.	Сифилис: учебное пособие/ 69с	Разнатовский К.И. Согомонян Л.М. Клибсон С.К. Полухина О.Э.	СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017.	MOODLE	1
25.	Урогенитальная хламидийная инфекция: учебное пособие –24с.	Разнатовский К.И. Согомонян Л.М. Чаплыгин А.В. Клибсон С.К. Корнишева В.Г. Полухина О.Э. Котрехова Л.П. Смирнова Т.С. Вашкевич А.А. Раводин Р.А. Левина Ю.В. Мирзоян В.Л. Монахова А.П. др.	СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017	0	10
26.	Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерологи я 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — 5-е изд., перераб. и доп. — 768 с.	Коллектив авторов	М.: Деловой экспресс, 2016.	0	1

Дополнительная литература:

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
14.	Биопсия и гистология кожи в практике дерматовенеролога: учебное пособие / – 36 с	Разнатовский К.И Скрес С.В.	СПб.: СПбМАПО, 2008.	0	1

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
15.	Буллезные дерматозы: учебное пособие –48 с.	Клибсон С.К.	СПб.: СПбМАПО, 2006.	6	10
16.	Дерматология по Томасу Фицпатрику. Атлас–справочник. Второе русское издание. Пер. с англ. –1248 с.	Вулф К. Джонсон Р. Сюрмонд Д.	М.: Практика, 2007.	3	0
17.	Дерматомикозы. – 184 с.	Разнатовский К.И. Родионов А.Н. Котрехова Л.П.	СПб.: СПбМАПО, 2006.	8	5
18.	Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. –736 с.	под редакцией Кацамбаса А	М.: МЕДПРЕСС–ИНФОРМ, 2019.	3	1
19.	Кожные и венерические болезни [Электронный ресурс] : учебник / http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419939.html	Скрипкин Ю.К. Кубанова А.А. Акимов В.Г.	М.: ГЭОТАР–Медиа, 2012.	Электронный ресурс	0
20.	Методика обследования дерматологических больных: учебное пособие –40 с.	Разнатовский К.И. Монахова А.П. Никитин А.Ф. Барина А.Н.	СПб.: СПбМАПО, 2009.	2	1
21.	Токсидермии и дерматозы, инициированные приемом лекарственных средств: пособие для врачей – 32с.	Корнишева В.Г.	СПб: СПбМАПО, 2009.	2	1

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

базы данных, информационно–справочные системы:

30. [Cambridge Journals](#)

31. [ClinicalKey](https://www.clinicalkey.com/) - <https://www.clinicalkey.com/>

32. [EastView - Медицина и здравоохранение в России](#) (Полнотекстовые журналы)

33. [MedlinksRU](#) - книги и руководства по медицине, статьи по медицинским специальностям.

34. [MedMir.com](#) - обзоры мировых медицинских журналов на русском языке
35. [Nature journal Digital archive](#)
36. [Oxford University Press](#)
37. [Royal Society of Chemistry](#)
38. [Sage Publications](#)
39. [Scopus](#) – <http://www.scopus.com/>
40. [Taylor and Francis](#)
41. [The American Association for the Advancement of Science \(AAAS\)](#)
42. [Webmedinfo](#) - Открытый информационно-образовательный медицинский ресурс.
43. Государственный научный центр дерматологии и косметологии / ФГБУ “Гос. Науч. Центр дерматологии и косметологии” м-ва здравоохранения Рос. Федерации.
<http://www.cnikvi.ru>.
44. Информационно–справочные и поисковые системы [Medline](#), [Pub–Med](#), [WebofScience](#)
45. Обучающая платформа MOODLE (англ. Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment) – модульная объектно-ориентированная динамическая учебная среда.
46. Правовая база «Консультант–плюс»
47. Российская национальная электронная библиотека: www.elibrary.ru
48. [Русский медицинский журнал \(РМЖ\)](#) – независимое издание для практикующих врачей.
49. [Федеральная электронная медицинская библиотека](#)
50. ЭБС Консультант Врача <http://www.rosmedlib.ru/>
51. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» - <http://www.studmedlib.ru/>
52. Электронно-библиотечная система «Айбукс.py/ibooks.ru»
<https://ibooks.ru/home.php?routine=bookshelf>
53. Электронно-библиотечная система «IPRBooks»-Библиокомплектатор-
<http://www.bibliocomplectator.ru/>
54. Электронно-библиотечная система «Букап» - <https://www.books-up.ru/>
55. Электронно-библиотечная система «Издательство Лань» - <https://e.lanbook.com/>
56. Электронная версия журнала «Consilium Medicum» <http://dermatology.con-med.ru/>
57. Электронная версия журнала «Вестник дерматологии и венерологии»
<http://www.mediasphera.ru/journals/vestnik>.
58. Электронная версия журнала «Проблемы медицинской микологии»
www.mycology.szgmu.ru/journal-problemi-med-mycologii
59. Справочная правовая система «Консультант Плюс»

программное обеспечение:

Справочная правовая система «Консультант Плюс»

Пакет программ Microsoft Office Standart 2010

ПО Statistica 10 for Windows Ru, базовая версия

ПО Statistica 10 for Windows Ru, расширенная версия

Система автоматизированной проверки текстов на наличие заимствований
«Антиплагиат.ВУЗ»

moodle.szgmu.ru (свободное распространяющееся по лицензии GNU GPL веб-приложение)

11. Материально-техническое обеспечение дисциплины:

Базой для проведения базовой части производственной (клинической) практики (поликлиника (КВД)) является амбулаторные отделения СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер», расположенный по адресу: Санкт-Петербург, наб. реки Волковки, дом 3, этаж 1,2 кабинеты врача (18 кабинетов).

Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным

оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, облучатель бактерицидный) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры: перевязочная, процедурная (№2),

кроме того:

- кабинет по диагностике поздних, висцеральных форм сифилиса, нейросифилиса
- кабинет по диагностике и лечению больных с тяжелыми хроническими дерматозами: псориаз, склеродермия, буллезные дерматозы и др.
- кабинет по организации помощи детям с врожденным буллезным эпидермолизом.

Оборудование и оснащение: дерматоскопы, лампы Вуда, физиотерапевтическое отделение, в том числе кабинет фототерапии (УФА и УФБ спектры ультрафиолетового излучения, ПУВА-терапия), кабинет психотерапии

Клинико-диагностическая лаборатория: исследования: - общеклинические, - гематологические, биохимические, коагулологические (показатели системы гемостаза), серологические, бактериологические, молекулярно-биологические (ПЦР).

В конференц-зале в здании администрации имеется мультимедиа проектор, компьютер. На территории кафедры: лекционный зал с мультимедиа проектором, компьютерами, учебные комнаты с компьютерами и выходом в интернет.

Все помещения, используемые для прохождения практики оборудованы в соответствии с: Постановлением Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")» с изменениями и дополнениями от: 4 сентября 2012 г., 17 января, 15 апреля 2013 г., 23 сентября, 8 декабря 2016 г. и Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "дерматовенерология"». Зарегистрировано в Минюсте РФ 21 декабря 2012 г. Регистрационный № 26302.

СЗГМУ использует электронно-библиотечную систему, которая обеспечивает одновременный доступ не менее 25 процентов обучающихся по программе ординатуры, кроме того имеет библиотечный фонд, который укомплектован печатными изданиями из расчета не менее 50 экземпляров каждого из изданий основной литературы, перечисленной в рабочей программе дисциплины, практик, и не менее 25 экземпляров дополнительной литературы на 100 обучающихся. Обучающимся обеспечен доступ (удаленный доступ), в том числе в случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий, к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам, согласно составу, который определен в рабочей программе.

12. Методические рекомендации по прохождению практики

К участию в прохождении производственной (клинической) практики (поликлиника (КВД)) допускаются ординаторы, успешно прошедшие необходимую теоретическую подготовку и симуляционный курс.

Контроль за участием ординаторов в оказании медицинской помощи гражданам осуществляет куратор практики, назначенный из числа педагогических работников, который несет ответственность за проведение практической подготовки.

При прохождении производственной (клинической) практики (поликлиника (КВД)) по дисциплине «дерматовенерология» ординаторы ведут дневник ординатора, который содержит краткое описание курируемых больных (диагнозы заболеваний), перечень

выполненных видов работ за период практики, в том числе диагностические и лечебные мероприятия; приобретенные умения и практические навыки, приобретенные за период практики.



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

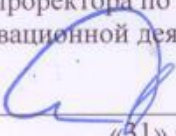
"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

экз. № _____

УТВЕРЖДАЮ

И.о. проректора по учебной работе, науке и
инновационной деятельности

 / А.В. Силин/
«31» августа 2017

ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

Направление подготовки (код, название)	31.08.32 дерматовенерология
Форма обучения	очная

Вид практики	производственная (клиническая) (поликлиника)
Тип практики	Вариативная часть
Способ проведения практики	амбулаторная, выездная
Объем практики (в зач. единицах)	6
Продолжительность производственной практики (в акад. часах)	216

Санкт-Петербург – 2017

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.32 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ, утвержденного «25» августа 2014 г. № 1074 и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

Составители программы практики:

Разнатовский К.И. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии
Вашкевич А.А. к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии
Смирнова Т. С. к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии

Рецензент:

Горланов И.А. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии
СПбГПМУ

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры дерматовенерологии
«09» июня 2017 г. Протокол №10

СОДЕРЖАНИЕ

<u>1. Цели практики</u>	4
<u>2. Задачи</u>	4
<u>3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы</u> 114	
<u>4. Формы проведения практики</u>	115
<u>5. Время и место проведения практики</u>	115
<u>6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики</u>	115
<u>7. Структура и содержание практики</u>	119
<u>8. Формы отчетности и аттестации по практике</u>	119
<u>9. Фонд оценочных средств</u>	119
<u>9.1. Критерии оценки</u>	119
<u>9.2. Оценочные средства</u>	120
<u>10. Учебно-методическое и информационное обеспечение</u>	150
<u>11. Материально-техническое обеспечение дисциплины:</u>	154
<u>12. Методические рекомендации по прохождению практики</u>	155

1. Цели практики: расширение и улучшение практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача–дерматовенеролога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

2. Задачи: закрепить и улучшить сформированные у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

1. к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК–1);
2. к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК–2);
3. к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК–5);
4. к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями (ПК–6);
5. к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК–8);
6. к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК–9);
7. к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях использовать знания для предотвращения врачебных ошибок (ПК–10);
8. к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико–статистических показателей (ПК–11).

3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика относится к вариативной части блока 2 «Практики» ФГОС ВО по специальности 31.08.32 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ.

Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки формируемыми дисциплинами

Дерматовенерология

Знания: анатомо–физиологических, возрастных и половых особенностей здорового и больного человека; основных диагностических методов заболеваний кожи и ее придатков; этиопатогенеза, классификации, клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений терапии заболеваний кожи и ее придатков и инфекций, передающихся половым путем; принципов медикаментозного лечения, фармакокинетики и фармакодинамики основных групп лекарственных средств; принципов использования немедикаментозной терапии, физиотерапии;

Умения: получить информацию о проблеме пациента, установить возможные причины с учетом влияния на организм социальных, наследственных, профессиональных, возрастных и климатических факторов; проводить функциональные, лабораторные и инструментальные исследования, давать им оценку, при необходимости привлекать консультантов; распознать особенности клинического течения, выявлять осложнения и сопутствующие заболевания;

проводить дифференциальную диагностику, формулировать и обосновать клинический диагноз; выбрать тактику ведения с учетом индивидуальных и патогенетических особенностей, показаний и противопоказаний, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и функциональной диагностики, для выявления патологических процессов в органах и системах; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач; анализировать медицинскую информацию.

Навыки: владения лабораторными и инструментальными методами, медико–технической аппаратурой, используемой в исследовании и работе с пациентами; постановки диагноза на основании клинических данных и результатов лабораторного исследования; принципов этиотропной терапии заболеваний кожи и ее придатков и инфекций, передающихся половым путем.

4. Формы проведения практики

Практика проводится дискретно путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

5. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится на 2 курсе.

Место проведения практики определяется Договором об организации практической подготовки обучающихся, заключаемым между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья.

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

№ п/п	Компетенции		Результаты практики		
	Код	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
2.	ПК-1	профилактическая деятельность: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и	принципы организации работы отделений профилактики, центров здоровья, формы и методы профилактического консультирования по вопросам медицинской профилактики основных неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни; уровни и методы первичной профилактики, методы	применять нормативно–правовую базу в медицинской профилактике; предпринимать меры профилактики направленные на предупреждения возникновения или распространения, использовать знания по профилактике болезней кожи и ИППП использовать различные формы мотивации, обучения, консультирования в области формирования	методами оценки природных и медико–социальных факторов среды в развитии болезней, их коррекции, давать рекомендации по здоровому питанию, мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастнo–половых групп и состояния здоровья, навыками проведения гигиенического воспитания в

		условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	диагностики и профилактики инфекционных заболеваний кожи и слизистых оболочек, ИППП.	здорового образа жизни и навыков медицинской профилактики	формировании здорового образа жизни населения, самостоятельной разработки программ и проектов популяционной и индивидуальной профилактики.
2	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	принципы ведения типовой учетно–отчетной медицинской документации, требования и правила получения информированного согласия на диагностические процедуры правила составления диспансерных групп; основные принципы диспансеризации больных с заболеваниями кожи и ИППП	провести общеклиническое исследование по показаниям выяснять жалобы пациента, собирать анамнез заболевания и жизни, заполнять документацию; проводить клиническое обследование пациента: внешний осмотр, формировать диспансерные группы,	навыками осуществления санитарно–просветительской работы с взрослым населением, направленной на пропаганду здоровья, предупреждение заболеваний кожи, навыками заполнения учетно–отчетной документации, навыками оформления информированного согласия, методами контроля за эффективностью диспансеризации
3	ПК–5	диагностическая деятельность: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных с инфекционными и неинфекционными заболеваниями кожи, необходимые для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	выбирать и использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов клинико–иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики заболевания и патологических процессов; оформлять медицинскую документацию. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и	владеть методами обследования (расспрос, сбор объективной и субъективной информации) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов при кожных заболеваниях; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза пациентам на основании Международной классификации болезней

				дополнительных методов исследования.	
4	ПК–6	лечебная деятельность: готовность к ведению и лечению пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями	основные характеристики лекарственных препаратов, используемых в дерматовенерологии, показания и противопоказания к их назначению, показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов; методы лечения заболеваний, согласно установленным стандартам.	оказывать первую помощь, лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях, осуществить выбор и обосновать необходимость применения лекарственных средств.	алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий при неинфекционных болезнях кожи, инфекционных и паразитарных болезнях кожи, микозах, инфекциях, передаваемых половым путем; оценки тяжести состояния больного: определения объема первой и неотложной помощи и оказания ее; выявления показания к срочной или плановой госпитализации; составления обоснованного плана лечения; выявления возможных осложнений лекарственной терапии; коррекции плана лечения при отсутствии эффекта или развитии осложнений; своевременно выявлять жизнеопасные нарушения
5	ПК–8	реабилитационная деятельность: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	основные подходы к рекомендациям и назначению оптимального режима питания, труда, отдыха в зависимости от морфофункционального статуса; определять показания и противопоказания к назначению физиотерапии, рефлексотерапии, фототерапии, гомеопатии и др. средств немедикаментозной терапии при заболеваниях кожи, слизистых оболочек;	обосновать выбор физиотерапевтического воздействия, природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии; предпринимать меры профилактики осложнений при физиотерапевтическом лечении; лекарственной, немедикаментозной терапии; разработать оптимальную тактику лечения заболеваний с использованием	осуществлять реабилитационные мероприятия методами физиотерапии, лекарственной, немедикаментозной терапии использовать в профессиональной деятельности возможности различных методов немедикаментозной терапии с учетом современных подходов к назначению средств

			механизм лечебно–реабилитационного воздействия физиотерапии, рефлексотерапии, фототерапии, гомеопатии и др. средств немедикаментозной терапии; использовать основные курортные факторы при лечении пациентов дерматологического профиля;	физиотерапевтических методов, природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии	
6	ПК–9	психолого–педагогическая деятельность: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	основные факторы риска хронических заболеваний, гендерные аспекты, формирование здорового образа жизни в семье формы и методы профилактического консультирования по профилактике различных зависимостей, в том числе курения табака;	применять нормативно–правовую базу в отделениях профилактики, центрах здоровья; применять методы мотивации, медикаментозной и немедикаментозной коррекции, контроля за основными факторами риска хронических кожных заболеваний, в том числе табакокурения	навыками проведения гигиенического воспитания, обучения в формировании здорового образа жизни у населения, их семей; навыками психолого–педагогического консультирования для мотивации на преодоление основных факторов риска хронических заболеваний, в том числе табакокурения у населения, их семей
	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	основы законодательства о здравоохранении и санитарно–эпидемиологическом благополучии населения; основные официальные документы, регламентирующие охрану здоровья населения; нормативные документы по профилактике кожных и венерических заболеваний среди населения	использовать знания для предотвращения врачебных ошибок.	навыками применения основ законодательства о здравоохранении и санитарно–эпидемиологическом благополучии населения; основные официальные документы, регламентирующие охрану здоровья населения;
7	ПК–11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико–статистических показателей	критерии оценки качества оказания медицинской помощи, используемые при внутриведомственном и вневедомственном контроле.	рассчитать статистические показатели, в том числе, оценки работы круглосуточного и дневного стационара, амбулаторно–поликлинического звена с анализом заболеваемости дерматозами и ИППП; международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы	методиками медикостатистического анализа информации для разработки плана мероприятий для повышения качества оказания медицинской помощи

				единиц (СИ), действующие международные классификации МКБ–10;	
--	--	--	--	--	--

7. Структура и содержание практики

Учебно-тематический план

№ п/п	Тема	Час.	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
	Работа в амбулаторном отделении дерматовенерологического профиля	216	Прием пациентов с наиболее распространенными кожными заболеваниями. Амбулаторный прием больных с грибковыми и паразитарными кожными заболеваниями, с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП) и сифилисом, посещение консультативных приемов. Осмотр, обследование и ведение пациентов с различными формами сифилиса Выявление и оценка клинической симптоматики, забор материала для лабораторных исследований, составление планов обследования и лечения больных в амбулаторных условиях, проведения дифференциальной диагностики под контролем преподавателя. Оформление карты амбулаторного кожного больного, заполнение учетных форм, экстренных извещений, оформление больничных листов, оформление санаторно-курортной карты и др. Освоение учётной документации, действующие приказы, инструкции, положения о дерматовенерологической службе, методические рекомендации.	57 с неоднократным повторением

8. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности:

- дневник ординатора.

Форма аттестации:

- промежуточная, в форме зачета

9. Фонд оценочных средств

9.1 Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
5.	Собеседование и демонстрация ординатором практических навыков	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме. Оценка уровня владения каждым навыком	Перечень владений и навыков, полученных в период обучения	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины; овладение практическими навыками, согласно квалификационной характеристики врача - дерматовенеролога (оценки - «зачтено», «не зачтено») оценка «зачтено» - знать, выполнять самостоятельно и оценить результаты
6.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач по темам/разделам	грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи

9.2 Оценочные средства

Перечень владений и навыков, полученных в период обучения

№ п/п	Перечень владений и навыков
1.	Методика сбора жалоб, анамнеза и осмотра больного кожными заболеваниями и ИППП по профилю «Дерматовенерология».
10	Методика описания кожного статуса при различных дерматозах.
11	Методика заполнения и ведения медицинской документации (амбулаторных карт, учетных форм, экстренных извещений, оформление больничных листов, оформление санаторно-курортной карты и др.).
12	Методика составления текущих и годовых отчетов о работе отделения, кабинета, оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология».
13	Техника дерматоскопии
14	Методика криодеструкции
15	Методика электрокоагуляции
16	Методика проведения и интерпретации основных клиничко – диагностических симптомов и проб, используемых в дерматовенерологии:
17	Анализ результатов исследования кожной тактильной, болевой, тепловой и холодовой чувствительности с целью диагностики.
18	Определение и интерпретация кожного дермографизма
19	Выявление симптомов «псориатической триады».
20	Интерпретация симптома Пильнова, Воронова
21	Выявление симптома Картамышева
22	Определение изоморфной реакции кожи (феномена Кебнера)
23	Оценка степени тяжести течения псориаза: PASI, BSA
24	Методика исследования эластичности кожи с помощью зонда (симптом «проваливания зонда» А.И.Поспелова).
25	Методика диагностики с помощью диаскопии (выявление феномена «яблочного желе»).
26	Анализ болевой чувствительности на кожных высыпаниях (проба Ядассона, проба Бенье-Мещерского).
27	Определение и интерпретация симптома Никольского
28	Определение и интерпретация симптома Асбое-Ганзена
29	Определение и интерпретация симптома Шеклакова
30	Определение симптома Денье-Моргана
31	Определение симптома «зимней стопы»
32	Определение симптома «меховой шапки»
33	Определение симптома Унны-Дарье
34	Оценка степени тяжести течения атопического дерматита по методике SCORAD
35	Определение и интерпретация симптома «полированных ногтей
36	Определение сетки Уикхема
37	Определение симптома Хачатуряна
38	Определение симптома «медовых сот»
39	Определение симптома Горчакова – Арди, Базена, Сезари

40	Определение симптома «волосатого языка»
41	Определение симптома «облатки»
42	Определение симптома «пурпуры» (Брока-Иванова)
43	Определение симптома «стружки» (симптом Бенъе)
44	Определение симптома «терки»
	Дополнительное обследование кожного больного.
45	Техника взятия материала для патогистологического исследования.
46	Выполнение пробы с раствором йода на скрытое шелушение (проба Бальцера)
47	Цитологический анализ содержимого пузырей и отделяемого с поверхности эрозий на коже и слизистых оболочках (методика мазков-отпечатков для выявления акантолитических клеток Тцанка).
48	Осмотр больного в лучах лампы Вуда.
49	Взятие материала из чешуек, волос, ногтей, содержимого пустул, абсцессов и соскобов с язв для микроскопической и культуральной диагностики инфекционных дерматозов.
50	Методики обнаружения чесоточного клеща, вшей и Demodex folliculorum.
51	Исследование фоточувствительности кожи методом определения биодозы УФО.
52	Методика забора материала для исследования на грибы с гладкой кожи, волос, ногтей.
53	Выявление моллюсковых телец («творожистой массы») при контагиозном моллюске.
54	Методика наложения влажно-высыхающей повязки, примочек, компрессов
	Обследование венерического больного
55	Методика непосредственного исследования больного сифилисом.
56	Клиническая оценка результатов исследования ликвора.
57	Выявление симптома Арджил-Робертсона.
58	Выявление симптома Биетта.
	Лабораторная диагностика сифилиса
59	Методика темнопольной микроскопии отделяемого из очагов поражения с целью диагностики сифилиса.
60	Диагностика сифилиса методами РСК с кардиолипиновым антигеном и антигенами из бледной трепонемы, РИБТ, РИФ, РНГА.
	Обследование больных с урогенитальными инфекциями.
61	Непосредственное исследование предстательной железы и семенных пузырьков. Получение секрета предстательной железы с помощью массажа.
62	Методика проведения и клиническая оценка результата микроскопического анализа 2-3 стаканных проб.
63	Методика осмотра шейки матки в зеркалах.
64	Приготовление мазка и нативного препарата для микроскопического исследования из материала, взятого из уретры, заднего прохода и цервикального канала. Клиническая оценка результатов микроскопического анализа (окраска метиленовым синим и по Граму).
65	Взятие материала для культуральной диагностики микоплазмоза и хламидиоза и клиническая оценка результатов анализа.

Ситуационные задачи

1.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	A/02.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем, урогенитальными инфекциями и с вызванными ими осложнениями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 32 лет явилась на прием в связи с тем, что при обследовании перед госпитализацией в хирургический стационар по поводу пупочной грыжи РПГА (4+). При дополнительном тестировании – вновь РПГА (4+), ИФА IgG (кп 1,5), ИФА IgM (кп 0,8), РМП отрицательна. Последние 4,5 года работает поваром в кафе, регулярно проходит медосмотры. Сифилис в прошлом отрицает. При осмотре наружных признаков сифилиса не выявлено. Половая жизнь в браке регулярная. Со слов пациентки муж – единственный половой контакт в течение жизни. Муж обследован, клинических признаков сифилиса не выявлено, РМП отрицательна. Имеет дочь 9 лет.
В	1	Какие варианты объяснения приведенной ситуации с серологическими тестами возможны?
Э	-	1. Пациентка больна сифилисом. 2. Пациентка в прошлом лечилась по поводу сифилиса. 3. Крайне маловероятный вариант – два специфических теста, в том числе один повторно, дали ложноположительный результат.
P2	-	Представлены все возможные варианты
P1	-	Представлена лишь часть вариантов
P0	-	Ответ неверный
В	2	Поставьте и обоснуйте диагноз пациентке
Э	-	Положительные РПГА и ИФА IgG свидетельствуют о наличии сифилиса. Отсутствие клинических проявлений говорит

		о скрытом сифилисе. Отрицательная на протяжении 4,5 лет РМП, а также отрицательная ИФА IgM позволяют поставить в данном случае диагноз позднего сифилиса. Таким образом, у пациентки – сифилис скрытый поздний.
P2	-	Диагноз поставлен правильно.
P1	-	Диагноз неполный.
P0	-	Диагноз неверный.
В	3	Представьте план дальнейшего ведения пациентки.
Э	-	1. Ликворологическое исследование 2. Консультации офтальмолога и невролога. 3. При подозрении на специфическое поражение внутренних органов, опорно-двигательного аппарата и др. – консультации специалистов в соответствии с жалобами и/или патологическими изменениями при инструментальном обследовании. 4. Специфическая терапия в соответствии с диагнозом
P2	-	План полный
P1	-	План неполный
P0	-	План неверный
В	4	Представьте план ведения дочери
Э	-	1. Клинический осмотр. 2. Серологическое тестирование с проведением трепонемной реакции 3. Консультации офтальмолога, невролога, отоларинголога.
P2	-	План полный
P1	-	План неполный
P0	-	План неверный
В	5	Представьте план ведения мужа
Э	-	1. Клинический осмотр. 2. Серологическое тестирование с проведением трепонемной реакции. 3. В случае отрицательного результата теста в дальнейшем обследовании и наблюдении не нуждается.
P2	-	План полный

P1	-	План неполный
P0	-	План неверный

2 .

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	002
Ф	A/01.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, заболеваниями волос, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	На прием к врачу обратилась девушка 18 лет с жалобами на зудящие высыпания, сухость и стягивание кожи. Анамнез. Сон из-за зуда не нарушен. Болеет с младенческого возраста. Со слов матери пациентки, начало кожного заболевания совпало с введением прикорма, сопровождалось зудом, провоцирующими обострения причинами были преимущественно алиментарные факторы. В возрасте от 2 до 13 лет наблюдалась ремиссия заболевания, затем высыпания возобновились. Последние годы обострения наблюдаются не чаще 1-2 раза в год преимущественно в холодное время года, чаще продолжительностью рецидива до 1 месяца. Отмечается положительный эффект от применения топических кортикостероидных препаратов, средств щадящего базового ухода, однако последними пользуется нерегулярно. Больная связывает обострения заболевания с нарушениями диеты (употреблением в пищу морепродуктов, шоколада, сладостей, орехов, меда, ряда фруктов и овощей), психоэмоциональными факторами, так же контактами кожи с водой, моющими средствами. Текущее обострение началось в период психоэмоциональных нагрузок из-за сдачи экзаменов. Наследственность: у матери и бабушки бронхиальная астма, у отца экзема кистей. При осмотре: повышенная общая сухость кожи, высыпания локализуются на коже лица, в области подколенных и локтевых сгибов, тыле кистей и представлены в виде эритемато-сквамозных очагов без четких границ с легкой инфильтрацией,

		лихенификацией, мелкопластинчатым шелушением, единичными эскориациями; в области локтевых сгибов дополнительно единичные микровезикулы и точечные микроэрозии с мокнутием, серозными корочками; SCORAD–индекс 27. Так же наблюдается потемнение кожи периорбитальной области, дополнительная горизонтальная складка кожи нижнем веке, гиперлинеарность ладоней. Дермографизм белый, стойкий.
В	1	О каком заболевании идет речь? Укажите стадию, возрастной период, тяжесть течения заболевания.
Э	-	Атопический дерматит. Стадия обострения. Легкое течение. Взрослый период.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не учтены все имеющиеся у пациентки стадия, тяжесть течения, возрастной период заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте по клиническим признакам наличие данного заболевания, его стадию, возрастной периода, тяжесть течения.
Э	-	Диагноз "атопический дерматит" установлен на основании жалоб больной на зудящие высыпания, сухость и стягивание кожи, данных анамнеза о хронически-рецидивирующем течении, сезонности обострений, начале заболевания в раннем детском возрасте, сведениях о провоцирующих обострения факторах (алиментарные, психоэмоциональные факторы, внешние раздражающие факторы), положительном эффекте от применения топических кортикостероидных средств, наличии атопических заболеваний у близких родственников пациентки, по данным осмотра - симметричные эритемато-сквамозные очаги без четких границ на коже лица, сгибательных поверхностях конечностей, тыле кистей с легкой инфильтрацией, лихенификацией, эскориациями, наличием единичных микровезикул и точечных микроэрозий с мокнутием, серозными корочками в локтевых сгибах, общей повышенной сухости кожи, потемнения кожи периорбитальной области, дополнительной складки кожи на нижнем веке (симптом Денни-Моргана), гиперлинеарности ладоней, белого стойкого дермографизма.

		О наличии обострения процесса свидетельствуют зудящие экссудативные (микровезикулы, микроэрозии с мокнутием) и эритематозно-сквамозные очаги поражения с инфильтрацией, повышенной сухостью, эскориациями. Возраст пациентки, локализация и характер высыпаний (поражение кожи разгибательных поверхностей конечностей в виде экссудативных, эритематосквамозных очагов с инфильтрацией, лихенификацией, общей повышенной сухостью кожи), наличие стрий атопии (потемнение кожи периорбитальной, симптом Денни-Моргана, гиперлинеарности ладоней), связь обострений с психоэмоциональными факторами характеризуют взрослый период заболевания. Лёгкому течению атопического дерматита свойственны преимущественно ограниченно-локализованные проявления кожного процесса с легкой степенью воспалительных проявлений (легкая степень инфильтрации, лихенификации, эритемато-сквамозных и экссудативных проявлений на коже), умеренный во выраженности зуд, SCORAD–индекс 27; редкие обострения (1–2 раз в год) с продолжительностью до 1 месяца преимущественно в холодное время года, хороший эффект от проводимой терапии.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не учтены все имеющиеся у пациентки стадия, тяжесть течения, возрастной период заболевания.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
V	3	Какое лечение показано данной больной?
Э	-	Учитывая степень тяжести, распространенность и локализацию высыпаний (преимущественно в области складок кожи), нужно акцентировать лечение на наружных методах. В данном случае целесообразно назначение глюкокортикостероидных препаратов для наружного применения в форме крема или эмульсии с минимальным атрофогенным эффектом (мометазона фураат, метилпреднизолон ацепонат, гидрокортизона-17-бутират) или топических блокаторов кальциневрина (пимекролимус) с обязательным налаживанием постоянного базового

		ухода за кожей. Наружные глюкокортикостероидные препараты наносят на пораженные участки кожи тонким слоем от 1 до 3 раз в сутки до 2 недель, блокаторы кальциневрина 2 раза в сутки (в случае сохранения выраженности симптомов заболевания в течение 6 недель применения препаратов необходима повторная консультация врача-дерматовенеролога для уточнения диагноза атопического дерматита). После купирования обострения топические глюкокортикостероидные препараты и блокаторы кальциневрина отменяются, и больной рекомендуется продолжить использовать только средства базового ухода. На зоны поражения кожи с экссудацией возможно применение несколько раз в день холодных примочек до прекращения мокнутия (с 2% борной кислотой, 0,025% нитратом серебра, 1% раствора резорцина и др.), а также топических кортикостероидных средств в форме аэрозолей (например, окситетрациклин +гидрокортизон 2 раза в сутки наружно до 5-7 дней или оксиклозоль 2 раза в сутки наружно до 7-10 дней). Возможно назначение антигистаминных, седативных препаратов. При отсутствии эффекта дополнительно могут назначаться детоксикационные средства, фототерапия. На всех этапах ведения больных рекомендовано осуществление обучающих программ психореабилитационной направленности, придерживаться гипоаллергенной диеты и быта и чрезвычайно важно использование постоянного базового ухода. Увлажняющие и смягчающие средства базового ухода за кожей применяют после каждого мытья и при ощущении сухости, стягивания кожи, но желательно не менее 2 раз в сутки.
P2	-	Перечислены все направления терапии.
P1	-	Перечислена лишь часть направлений терапии.
P0	-	Лечение назначено неверно.
B	4	Каковы меры предупреждения обострения заболевания?
Э	-	Предупреждение обострения атопического дерматита заключается в исключении воздействия триггерных факторов:

		психоэмоциональных нагрузок, несоблюдения диетического режима и гипоаллергенного быта, нарушения правил и режима ухода за кожей (в том числе нерационального использования синтетических моющих средств, а также шампуней, мыла, лосьонов с высоким значением pH), экологического неблагополучия, табачного дыма и т.д.). При сборе анамнеза, анализа особенностей клинических проявлений заболевания и данных обследования оценивается значимость тех или иных факторов для конкретного пациента и проводятся элиминационные мероприятия (из анамнеза данной пациентки имеются сведения о провоцирующих обострения заболевания алиментарных, психоэмоциональных факторах, внешние раздражающих факторах). Важными также являются санация очагов хронической инфекции, нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей. Всем больным atopическим дерматитом вне зависимости от тяжести, распространенности, остроты кожного процесса, наличия или отсутствия осложнений назначаются средства постоянного базового ухода за кожей. Рекомендуется санаторно-курортное лечение в стадии вне обострения.
P2	-	Перечислены все меры предупреждения обострения
P1	-	Перечислена лишь часть мер предупреждения обострения
P0	-	Не перечислено ни одной меры предупреждения обострения
B	5	Какой уход за кожей можно рекомендовать данной пациентке?
Э	-	Пациентам с atopическим дерматитом рекомендуется бережный базовый уход за кожей в постоянном режиме (и в период обострения, и в период ремиссии). При этом используются средства мягкого гипоаллергенного очищения, а так же увлажняющие и смягчающие кожу наружные препараты (эмолиенты), предназначенные специально для аллергичной, чувствительной, склонной к сухости кожи. Рекомендовано использование соответствующих специальных лечебных линий косметики. Применение смягчающих и увлажняющих средств базового ухода должно быть обязательным

		после каждого мытья кожи, при ощущении сухости и стягивания кожи, но не менее 2 раз в сутки. Важно, особенно в острый период, исключить контакты кожи с синтетическими, шерстяными и грубыми тканями. Важно исключить любые раздражающие кожу факторы - трение, мытье очень горячей или чрезмерно холодной водой и т.д.
P2	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентки с атопическим дерматитом выбрана верно. Перечислены все основные направления и особенности ухода.
P1	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентки с атопическим дерматитом выбрана не в полном объеме. Перечислены не все направления и особенности ухода.
P0	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентки с атопическим дерматитом выбрана неверно.

3

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	003
Ф	В/01.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой, поражениями суставов, лимфопролиферативными заболеваниями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У мужчины 22 лет температура тела внезапно повысилась до 39,4° С, на туловище и лице появилась сыпь в виде эритематозных пятен, везикул. Вызванный участковый терапевт назначил прием антибиотиков, после начала приема, которых количество элементов сыпи, увеличилось, температура не снизилась, появился интенсивный распространенный зуд на туловище, верхних и нижних конечностях, головная боль, рвота, светобоязнь. Больной сообщил, что с детства страдает атопическим дерматитом. Кроме того, его беспокоят частые (8 – 9 раз в год) рецидивы лабиального герпеса. Через день с диагнозом «токсидермия» пациент был госпитализирован.
В	1	Поставьте клинический диагноз

Э	-	Герпетическая экзема Капоши. Распространенный атопический дерматит в стадии обострения.
P2	-	Диагноз полный
P1	-	Диагноз неполный
P0	-	Диагноз неверный
В	2	Представьте план первоочередного обследования пациента
Э	-	1. Определение вируса и его типирование в содержимом везикул (с помощью ПЦР) 2. Консультация невропатолога 3. Консультация офтальмолога
P2	-	План полный
P1	-	План неполный.
P0	-	План неверный.
В	3	Представьте план дальнейшего обследования пациента.
Э	-	1. При выявлении ВПГ 1-го типа необходимо обследовать пациента с целью выявления возможных причин снижения иммунитета (поиски возможных лейкоза, злокачественного новообразования, ВИЧ-инфекции) из-за относительно частых рецидивов. 2. Определение общего IgE сыворотки крови
P2	-	План полный
P1	-	План неполный
P0	-	План неверный
В	4	Что необходимо сделать прежде прочих терапевтических и диагностических мероприятий?
Э	-	1. С учетом ряда симптомов, которые могут свидетельствовать о возможном поражении ЦНС, необходимо срочно начать использование аномальных нуклеозидов. 2. Препараты должны вводиться парентерально (внутривенно). Ацикловир вводится из расчета 10 мг/кг с интервалом не менее 8 часов.
P2	-	Ответ полный
P1	-	Ответ неполный

P0	-	Ответ неверный
B	5	Представьте план дальнейшего ведения пациента
Э	-	1. Продолжить прием препаратов из группы аномальных нуклеозидов; если поражение ЦНС не подтвердится, можно перейти на пероральный прием. 2. Отменить прием антибиотиков как возможной причины обострения атопического дерматита, назначить антигистаминные препараты. 3. Локально на коже следует использовать антисептические и/или антимикробные средства. 4. На слизистую глаз – противовирусные препараты в виде мази или глазных капель. 5. Начать активное лечение атопического дерматита только после разрешения экземы Капоши
P2	-	План полный
P1	-	План неполный
P0	-	План неверный

4

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	004
Ф	A/02.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем, урогенитальными инфекциями и с вызванными ими осложнениями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	28-летняя женщина обратилась к дерматологу с жалобами на высыпания пятен бледно-красного цвета на теле. Анамнез: сыпь существует около недели, не увеличивается, не сливается и не шелушится. В разводе, есть ребенок 4-х лет, около трёх месяцев назад была половая связь с малознакомым мужчиной. При осмотре на туловище (грудь, живот, верхней части спины) – пятнистые высыпания бледно-розового цвета, которые не сливаются и не шелушатся, при витропрессии пятна полностью исчезают.

		При исследовании крови: РМП, РИФ, РПГА положительны.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Вторичный свежий сифилис.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз установлен не полностью: не учтена форма заболевания.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз «Вторичный сифилис» установлен на основании, данных анамнеза: ранее была половая связь (около 3-х месяцев назад), результатах осмотра – на туловище (грудь, живот, верхней части спины) – пятнистые высыпания бледно-розового цвета, которые не сливаются и не шелушатся, при витропрессии пятна полностью исчезают, результатах лабораторного исследования крови на сифилис – положительных РМП, РПГА и РИФ.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью: Отсутствует полное обоснование – не указаны результаты серологических реакций.
Р0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какое лечение показано больному?
Э	-	Рекомендуются курсы антибиотикотерапии (бензилпенициллина натриевая соль по 1 млн. ЕД в/м каждые 4 часа - 28 дней или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки - 20 дней или бициллин-1 по 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дней №6) в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению вторичного сифилиса. Для членов семьи показано превентивное лечение (бициллин-5 по 1,5 млн ЕД в/м 2 р/нед №2 или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки - 7 дней).
Р2	-	Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность введения подобраны правильно.

P1	-	Правильно указана тактика ведения пациента, верные группы препаратов, однако их дозы и режим введения препаратов указан неверно.
P0	-	Ответ неверный: неправильно указана тактика ведения и используемые препараты.
B	4	Какие консультации (исследования) необходимо провести данной пациентке?
Э	-	Консультацию офтальмолога, невролога (по его рекомендации - спинномозговую пункцию с исследованием СМЖ).
P2	-	Правильно указаны все методы обследования и специалисты
P1	-	Методы обследования (специалисты) указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования (специалисты) указаны неверно
B	5	С какими заболеваниями необходимо дифференцировать сифилитическую розеолу?
Э	-	С пятнистой токсикодермией, с корью, краснухой, розовым лишаем.
P2	-	Перечень заболеваний указан верно.
P1	-	Перечень заболеваний указан не полностью.
P0	-	Перечень заболеваний указан неверно.

5

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента миникайса
H	-	005
Ф	A/02.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем, урогенитальными инфекциями и с вызванными ими осложнениями
Ф	B/02.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	50 - летний мужчина обратился к дерматологу с жалобами на угревидные высыпания на теле, на руках и на ладонях. Анамнез: сыпь существует около 3-х недель, работает ночным охранником, женат, беспорядочные половые связи отрицает. При осмотре на туловище (грудь, живот, спина) и на ладонях –

		папуло-пустулёзные высыпания, гнойные корки на поверхности красноватых папул, до 5 мм в диаметре. При исследовании крови: РМП, РИФ, РПГА положительны.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Вторичный сифилис (угревидный сифилид).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз установлен не полностью: не учтена форма заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз «Вторичный сифилис» установлен на основании осмотра - папуло-пустулёзные высыпания, гнойные корки на поверхности красноватых папул до 5 мм в диаметре на коже туловище (грудь, живот, спина) и на ладонях, результатах лабораторного исследования крови на сифилис – положительных РМП, РИФ, РПГА.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: Отсутствует полное обоснование – не указаны результаты серологических реакций.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какое лечение показано больному?
Э	-	Рекомендуются курсы антибиотикотерапии (бензилпенициллина натриевая соль по 1 млн. ЕД в/м каждые 4 часа - 28 дней или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки - 20 дней или бициллин-1 по 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дней №6) в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению вторичного сифилиса. Для членов семьи показано превентивное лечение (бициллин-5 по 1,5 млн ЕД в/м 2 р/нед №2 или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки - 7 дней).
P2	-	Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность введения подобраны правильно.

P1	-	Правильно указана тактика ведения пациента, верные группы препаратов, однако их дозы и режим введения препаратов указан неверно.
P0	-	Ответ неверный: неправильно указана тактика ведения и используемые препараты.
B	4	Какие консультации (исследования) необходимо провести данному пациенту?
Э	-	Консультацию невролога, офтальмолога. Спинномозговую пункцию для исследования СМЖ (цитологического, серологического (ИФА, РИФ, РПГА, иммуноблоттинг), МРТ.
P2	-	Правильно указаны все методы обследования и специалисты
P1	-	Методы обследования (специалисты) указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования (специалисты) указаны неверно
B	5	С какими заболеваниями необходимо дифференцировать угревидный сифилид?
Э	-	С токсикодермией, с папулонекротическим туберкулёзом кожи, йодо- и бромодермой, масляными фолликулитами.
P2	-	Перечень заболеваний указан верно.
P1	-	Перечень заболеваний указан не полностью.
P0	-	Перечень заболеваний указан неверно.

6

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	006
Ф	A/02.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной по-мощи в амбулаторных условиях пациентам с инфекциями, переда-ваемыми половым путем, урогенитальными инфекциями и с вызванными ими осложнениями
Ф	B/02.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стацио-нарных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с инфекциями, передаваемыми половым путем
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	28 - летний мужчина обратился к дерматологу с жалобами на положительные реакции на сифилис, которые были случайно выявлены при обследовании (РИФ и РИТ). Анамнез: не может сказать, как давно реакции на сифилис стали

		положительными (кровь на сифилис сдавал около 2 лет назад – результат обследования был отрицательным), в течение этих 2-х лет получал антибиотикотерапию по поводу ангины, ранее были беспорядочные половые связи, семейное положение - холост. При осмотре – высыпаний на коже и слизистых нет.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Скрытый ранний сифилис.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз установлен не полностью: полностью не учтена форма заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз «Скрытый ранний сифилис» установлен на основании, данных анамнеза: ранее были беспорядочные половые связи, отрицательных результатах лабораторного исследования крови на сифилис 2года назад и положительных РИТ, и РИФ в настоящее время.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: Отсутствует полное обоснование – не указаны результаты серологического обследования 2 года назад.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Какое лечение показано больному?
Э	-	Рекомендуются курсы антибиотикотерапии (бензилпенициллина натриевая соль по 1 млн. ЕД в/м каждые 4 часа - 28 дней или бензилпенициллина новокаиновая соль по 600 тыс. ЕД в/м 2 раза в сутки - 20 дней или бициллин-1 по 2,4 млн ЕД в/м 1 раз в 5 дней №6) в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению вторичного и скрытого раннего сифилиса.
P2	-	Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность введения подобраны правильно.
P1	-	Правильно указана тактика ведения пациента, верные группы

		препаратов, однако их дозы и режим введения препаратов указан неверно.
P0	-	Ответ неверный: неправильно указана тактика ведения и используемые препараты.
B	4	Какие исследования необходимо провести данному пациенту?
Э	-	Консультацию невролога и офтальмолога. Спинномозговую пункцию для исследования СМЖ (цитологического, серологического (ИФА, РИФ, РПГА, иммуноблоттинг), МРТ.
P2	-	Правильно указаны все специалисты и методы обследования
P1	-	Методы обследования (специалисты) указаны не полностью.
P0	-	Методы обследования указаны неверно
B	5	При каких состояниях возможны положительные серологические тесты на сифилис?
Э	-	Положительные серологические тесты на сифилис (чаще всего нетрепонемные) встречаются при злокачественных новообразованиях, беременности, аутоиммунных заболеваниях.
P2	-	Правильно указаны вероятный перечень состояний и заболеваний
P1	-	Перечень состояний и заболеваний указан не полностью.
P0	-	Перечень состояний и заболеваний указан неверно.

7

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
H	-	007
Ф	A/01.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, заболеваниями волос, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой
Ф	B/01.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой, поражениями суставов, лимфопролиферативными заболеваниями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина, 39 лет, по профессии строитель, обратился к дерматологу с жалобами на высыпания на лице в области усов и бороды.

		Анамнез. Считает себя больным в течение нескольких лет. К врачу не обращался, лечился самостоятельно различными наружными спиртосодержащими растворами, кремами с содержанием антибиотиков, с кратковременным эффектом. После применения ГКС-содержащего крема (по совету соседки) количество сыпи резко увеличилось. Сопутствующие заболевания: хронический ринит. Локальный статус. При осмотре: на коже лица, в зоне роста щетинистых волос (в области бороды и усов), на фоне незначительной инфильтрации локализуются сливные очаги, состоящие из остроконечных фолликулярных пустул, покрытых гнойными корочками. По периферии, на фоне незначительной гиперемии множественные рассеянные фолликулярные пустулы, пронизанные волосом в центре и с небольшим ободком реактивной гиперемии. Субъективно незначительная болезненность.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Вульгарный сикоз
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не учтены все имеющиеся у пациента симптомы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз установлен на основании клинической картины: в зоне роста щетинистых волос (в области бороды и усов), на фоне незначительной инфильтрации локализуются сливные очаги, состоящие из остроконечных фолликулярных пустул, покрытых гнойными корочками. По периферии, на фоне незначительной гиперемии множественные рассеянные фолликулярные пустулы, пронизанные волосом в центре и с небольшим ободком реактивной гиперемии. Субъективно незначительная болезненность.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не перечислены все диагностически значимые клинические симптомы
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.

В	3	Дифференциальный диагноз?
Э	-	Псевдофолликулит, вызванный вросшими волосами - чаще всего встречается у мужчин черной расы. Жесткие кончики волос, еще не выходя из волосяного фолликула, проникают в кожу или же, выйдя из него, заггибаются и врастают в кожу, что вызывает образование небольших пустул, которые скорее являются реакцией на инородное тело, чем проявлением инфекции. паразитарный сикоз. Признаки паразитарного сикоза: . опухолевидный характер инфильтрата . четкая очерченность инфильтрата . более глубокое гнойное расплавление . склонность к самопроизвольному разрешению . отсутствие рецидивов . сбор анамнеза - контакт с животными (грызуны, крупный рогатый скот). . выдергивание волос из очага безболезненное.
P2	-	выявлены все дифференциально- диагностические признаки, позволяющие поставить правильный диагноз
P1	-	выявлены не все дифференциально- диагностические признаки, позволяющие поставить правильный диагноз
P0	-	не выявлены дифференциально- диагностические признаки, позволяющие поставить правильный диагноз
В	4	Какое обследование необходимо?
Э	-	окраска по Граму посев материала из очага на флору и чувствительность к антибактериальным препаратам – при подозрении на MRSA посев из носовой полости – для выявления носительства (хроническое, рецидивирующее течение пиодермии) в сомнительных случаях проводят микроскопию гноя или волоса – для обнаружения спор грибов вокруг волоса (эктотрикс)
P2	-	план обследования составлен и обоснован полностью
P1	-	план обследования составлен и обоснован неполностью

P0	-	план обследования не составлен и не обоснован, или составлен неправильно
B	5	Какой план лечения и профилактических мер для предотвращения рецидивирования показан?
Э	-	санация носительства применение топических антисептиков и антибактериальных препаратов (препараты, содержащие фузидиевую кислоту, мупироцин) эпиляция волос антибиотики системного действия - при распространенных пиодермиях, при отсутствии эффекта от наружной терапии, наличии общих явлений (лихорадка, недомогание) и регионарных осложнений (лимфаденит, лимфангит): Амоксициллин/клавуланат, Цефалексин, Оксациллин. при аллергии к β-лактамам - линкозамины или макролиды, длительность: 10-14 дней. предотвращение распространения инфекции на непораженные участки кожи (временное запрещение мытья и посещения бассейнов; обработка антисептиками непораженной кожи вокруг очагов пиодермии, запрещение компрессов, массажа в зоне пиодермии, бритья).
P2	-	правильно составлен план лечения и перечислены профилактические меры, перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность нанесения или приема правильно подобраны
P1	-	перечислены верные группы препаратов, однако, дозы и кратность нанесения или приема не подобраны или выбрана только одна группа препаратов, не полностью перечислены профилактические меры
P0	-	ответ неверный: не составлен план лечения, не перечислены меры профилактики, не названы ни один из препаратов

8

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	008
Ф	A/01.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной

		помощи в амбулаторных условиях пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, заболеваниями волос, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой
Ф	В/01.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стационар-ных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, мико-зами гладкой кожи и ее придатков, лепрой, поражениями суставов, лимфопролиферативными заболеваниями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	55 - летний мужчина, светлокожий (1 фототип по Фицпатрику), работающий в сфере строительства, обратился к дерматологу с жалобами на приливы и покраснение лица, существующие много лет. Анамнез: в течение последних лет пациент отмечал появление «прыщей» и «неровностей» на коже щек и носа, преимущественно в центральной части лица. Также отмечались усиливающиеся «приливы», с каждым разом, становившиеся все интенсивнее, сопровождающиеся ощущением жара и жжения. Пациент отметил, что кожа носа стала более толстой, грубой. Со слов жены, покраснение лица усиливается при употреблении утреннего кофе, после работы и, особенно, после вечернего бокала вина. Пациент указывал, что длительное время подвергался УФ облучению, что связано с родом его деятельности, а также отмечал, что редко использовал солнцезащитный крем. При осмотре – на фоне centroфациальной эритемы, без признаков шелушения, множественные телеангиэктазии, около десяти папуло-пустулезных элементов, гиперплазия сальных желез, утолщение кожи в центральной части лица. Кожа носа рыхлой текстуры, расширенные поры, незначительная деформация носа. Пациент был осмотрен окулистом. При офтальмологическом обследовании выявлено умеренный отек и шелушение краев век, умеренная конъюнктивальная инъекция.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Розацеа. Папуло-пустулезный подтип. Ринофима. Офтальморозацеа
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: не учтены все имеющиеся у

		пациента подтипы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз Розацеа установлен на основании жалоб больного на приливы и покраснение лица, появление «прыщей» и «неровностей» на коже щек и носа, преимущественно в центральной части лица, данных анамнеза: покраснение лица усиливается при употреблении утреннего кофе и, особенно, после вечернего бокала вина. По данным осмотра – на фоне центрофациальной эритемы множественные телеангиэктазии, около десяти папуло-пустулезных элементов, гиперплазия сальных желез, утолщение кожи в центральной части лица. Кожа носа рыхлой текстуры, расширенные поры, незначительная деформация носа. При офтальмологическом обследовании - умеренный отек и шелушение краев век, умеренная конъюнктивальная инъекция.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не перечислены все диагностически значимые симптомы, характерные для розацеа
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какое лечение показано больному?
Э	-	Рекомендуется наружно азелаиновая кислота или метронидазол или крем ивермектин и курс антибактериальных препаратов перорально. Доксициклин 100-200 мг в сутки перорально в течение 14-21 дней, поддерживающая доза - 100 мг в сутки в течение 12 недель. Наружно: метронидазол, гель 0,75%, крем 1% наносят на предварительно очищенную кожу тонким слоем 2 раза в сутки, утром и вечером, в течение 3-9 недель, или азелаиновая кислота, крем 15%, гель наносят на все пораженные участки кожи и слегка втирают 2 раза в сутки (утром и вечером), или 1% ивермектин крем 1 раз в день все лицо до 16 недель.
P2	-	Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность нанесения или приема правильно подобраны

P1	-	перечислены верные группы препаратов, однако, дозы и кратность нанесения или приема не подобраны или выбрана только одна группа препаратов
P0	-	Ответ неверный: не перечислены ни одна из верных групп препаратов
V	4	Какие меры предупреждения обострения?
Э	-	Предупреждение обострения розацеа заключается в исключении воздействия триггерных факторов: инсоляции, продуктов питания, напитков и фармакологических препаратов, индуцирующих эритему лица, агрессивных косметологических процедур. Показана поддерживающая терапия наружным метронидазолом или азелаиновой кислотой, солнцезащитный крем с высоким фактором защиты.
P2	-	Перечислены все меры предупреждения обострения
P1	-	Перечислена лишь часть мер предупреждения обострения
P0	-	Не перечислено ни одной меры предупреждения обострения
V	5	Какой уход за кожей рекомендован пациентам с розацеа?
Э	-	Пациентам рекомендуют бережный уход за кожей с использованием мягкого очищения, увлажняющих средств, предназначенных для чувствительной кожи. Обязательное использование солнцезащитных средств. Рекомендовано использование лечебных линий космецевтики, рекомендованных для пациентов с розацеа.
P2	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана верна. Перечислены все основные линии лечебной косметики
P1	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана частично верна. Не перечислены основные линии лечебной косметики
P0	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана неверно.

9

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента миникейса
Н	-	009
Ф	A/01.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной

		помощи в амбулаторных условиях пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, заболеваниями волос, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой
Ф	В/01.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стационар-ных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, мико-зами гладкой кожи и ее придатков, лепрой, поражениями суставов, лимфопролиферативными заболеваниями
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	29 - летняя пациентка обратилась к дерматологу с жалобами на высыпания на коже лица, существующие несколько лет. Анамнез. Пациентка указала, что в течение подросткового периода страдала от высыпаний акне умеренной тяжести, которые самопроизвольно разрешились во время учебы в колледже. Тем не менее, в течение последних двух лет, она снова стала отмечать появление высыпаний на лице, сопровождающихся постоянным покраснением лица. Многочисленные лекарственные препараты, которое она использовала для терапии «акне» зачастую ухудшали состояние кожи, вызывая ощущение сухости и раздражения. Декоративная косметика, наносимая для камуфлирования высыпаний и покраснения, также вызывала раздражение. Пациентка указывала, что состояние кожи ухудшалось после солнечного облучения, тепла и стресса, а также что употребление красного вина провоцировало «приливы» и покраснение. Отрицает использование топических кортикостероидов на кожу лица. Пациентка не беременна, не кормит грудью, принимает КОК. Физикальное обследование. При осмотре выявлена заметная эритема, поражающая нос, медиальные зоны щек, подбородок. В тех же областях отмечались единичные папулы и пустулы; кожа шеи, груди и спины - свободны от высыпаний. На щеках отмечались телеангиэктазии. Открытых или закрытых комедонов не выявлено. В области волосистой части головы и ушных раковин эритема или шелушение отсутствовали; конъюнктива и ресничный край без патологии.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Розацеа.

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не учтены все имеющиеся у пациента подтипы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз Розацеа установлен на основании жалоб больной на высыпания на лице, сопровождающихся постоянным покраснением лица, ухудшение после солнечного облучения, тепла и стресса, употребления красного вина; осмотра – на коже носа, щек, подбородка на фоне эритемы телеангиэктазии, единичные папулы и пустулы.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не перечислены все диагностически значимые симптомы, характерные для розацеа
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Какое лечение показано больной?
Э	-	рекомендуется наружно азелаиновая кислота или метронидазол или крем ивермектин наружно: метронидазол, гель 0,75%, крем 1% наносят на предварительно очищенную кожу тонким слоем 2 раза в сутки, утром и вечером, в течение 3-9 недель, или азелаиновая кислота, крем 15%, гель наносят на все пораженные участки кожи и слегка втирают 2 раза в сутки (утром и вечером), или 1% ивермектин крем 1 раз в день все лицо до 16 недель. В дальнейшем планируется гель Бримонидина для симптоматического устранения эритемы.
P2	-	Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность нанесения или приема правильно подобраны
P1	-	перечислены верные группы препаратов, однако, дозы и кратность нанесения или приема не подобраны или выбрана только одна группа препаратов
P0	-	Ответ неверный: не перечислены ни одна из верных групп препаратов

В	4	Какие меры предупреждения обострения?
Э	-	Предупреждение обострения розацеа заключается в исключении воздействия триггерных факторов: инсоляции, продуктов питания, напитков и фармакологических препаратов, индуцирующих эритему лица, агрессивных косметологических процедур. Показана поддерживающая терапия наружным метронидазолом или азелаиновой кислотой, солнцезащитный крем с высоким фактором защиты.
P2	-	Перечислены все меры предупреждения обострения
P1	-	Перечислена лишь часть мер предупреждения обострения
P0	-	Не перечислено ни одной меры предупреждения обострения
В	5	Какой уход за кожей рекомендован пациентам с розацеа?
Э	-	Пациентам рекомендуют бережный уход за кожей с использованием мягкого очищения, увлажняющих средств, предназначенных для чувствительной кожи. Обязательное использование солнцезащитных средств. Рекомендовано использование лечебных линий космецевтики по уходу за кожей с розацеа.
P2	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана верна. Перечислены все основные линии лечебной косметики
P1	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана частично верна. Не перечислены основные линии лечебной косметики
P0	-	Дальнейшая тактика ухода за кожей у пациентов с розацеа выбрана неверно.

10

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	010
Ф	A/01.8	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, заболеваниями волос, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой
Ф	B/01.8	Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара, пациентам с дерматозами, доброкачественными новообразованиями кожи, микозами гладкой кожи и ее придатков, лепрой, поражениями суставов, лимфопролиферативными заболеваниями

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	56 - летняя женщина с высыпаниями на лице направлена на консультацию ревматологами для исключения диагноза «красная волчанка» Анамнез. Высыпания на лице появились 6 месяцев назад, в мае, и постепенно прогрессировали. Субъективно сопровождалась минимальными ощущениями раздражения и периодическим зудом. Других высыпаний не отмечала. Использовала множество наружных препаратов для лечения акне, включающих бензоила пероксид, а также кратковременно топические глюкокортикостероиды средней степени активности, без клинического эффекта. Пациентка указывала, что страдала от кистозных акне с подросткового возраста. Получала топическую и системную терапию, но системные ретиноиды не получала. Пациентка считает, что юношеские высыпания акне «трансформировались» в ее настоящие высыпания. В анамнезе остеоартрит, а также отмечено повышение антинуклеарных антител, оставшееся необъясненным. Локальный статус. При осмотре: отечная эритема в форме бабочки, охватывающая области щек и носа. На поверхности эритемы – единичные дискретные папулы, пустулы. Шелушения нет. При осмотре кожи волосистой части головы, ушных раковин и переносицы высыпаний не выявлено. Гирсутизм в области верхней губы и бакенбардов. На коже груди и спины повышенного оволосения не выявлено; оволосение лобка по женскому типу. Алопеции нет. Лабораторные показатели. Клинический анализ крови и общий анализ мочи без патологических изменений. Повышение АНА (антинуклеарных антител) до 1:320, мелкогранулярное свечение. Антитела к двуспиральной ДНК, Smith, Ro (SS-A), и La (SS-B) были отрицательны. Уровни дегидроэпиандростерон-сульфата, свободного и связанного тестостерона и пролактина были в норме. Уровни ФСГ и ЛГ были повышены в соответствии с менопаузальной нормой.
В	1	О каком заболевании идет речь?
Э	-	Розацеа.

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не учтены все имеющиеся у пациента симптомы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Какие клинические признаки позволяют заподозрить данное заболевание?
Э	-	Диагноз Розацеа установлен на основании жалоб больной на высыпания на лице, сопровождающихся минимальными ощущениями раздражения и периодическим зудом; осмотра – отечная эритема в форме бабочки, охватывающая области щек и носа. На поверхности эритемы – единичные дискретные папулы, пустулы.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не перечислены все диагностически значимые симптомы, характерные для розацеа
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	3	Как вы интерпретируете лабораторные показатели?
Э	-	Мелкогранулярное свечение АНА (антиядерных антител) и отрицательные антитела к двуспиральной ДНК, Smith, Ro (SS-A), и La (SS-B) исключают диагноз СКВ. У здоровых людей может быть обнаружено мелкогранулярное свечение при низких, умеренных или высоких титрах АНА.
P2	-	лабораторные показатели интерпретированы верно
P1	-	лабораторные показатели интерпретированы частично верно
P0	-	лабораторные показатели интерпретированы полностью неверно
B	4	Какое лечение показано больной?
Э	-	рекомендуется доксициклин 100-200 мг в сутки перорально в течение 14-21 дней, поддерживающая доза - 100 мг в сутки в течение 12 недель. Наружно: метронидазол, гель 0,75%, крем 1% наносят на предварительно очищенную кожу тонким слоем 2 раза в сутки, утром и вечером, в течение 3-9 недель, или азелаиновая кислота, крем 15%, гель наносят на все пораженные участки кожи и слегка втирают 2 раза в сутки (утром и вечером), или 1% ивермектин крем 1 раз в день все лицо до 16 недель.

		Солнцезащитный крем с высоким фактором защиты. При отсутствии эффекта возможно назначение системного изотретиноина в малых дозах
P2	-	Перечислены верные группы препаратов, дозы и кратность нанесения или приема правильно подобраны
P1	-	перечислены верные группы препаратов, однако, дозы и кратность нанесения или приема не подобраны или выбрана только одна группа препаратов
P0	-	Ответ неверный: не перечислены ни одна из верных групп препаратов
V	5	Какие меры предупреждения обострения?
Э	-	Предупреждение обострения розацеа заключается в исключении воздействия триггерных факторов: инсоляции, продуктов питания, напитков и фармакологических препаратов, индуцирующих эритему лица, агрессивных косметологических процедур. Показана поддерживающая терапия наружным метронидазолом или азелаиновой кислотой, солнцезащитный крем с высоким фактором защиты.
P2	-	Перечислены все меры предупреждения обострения
P1	-	Перечислена лишь часть мер предупреждения обострения
P0	-	Не перечислено ни одной меры предупреждения обострения

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение

3. Литература

Основная:

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
7.	Гонококковая инфекция: учебное пособие	Разнатовский К.И. Согомонян Л.М. Чаплыгин А.В. Клибсон С.К. Корнишева В.Г. Полухина О.Э. Котрехова Л.П., Смирнова Т.С. Вашкевич А.А. Раводин Р.А. Левина Ю.В. Мирзоян В.Л. Монахова А.П. др.	СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017. –26с.	0	10

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
8.	Дерматовенерология: клинические рекомендации / - 320 с.	ред.-Кубанова А.А.	М. : ГЭОТАР-МЕД, 2015.	0	1
9.	Дерматовенерология. Национальное руководство. — 1024 с.	под ред Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова.	М.: ГЭОТАР–Медиа, 2014.	1	1
10.	Диагностика меланоцитарных невусов: учебное пособие/ — 47 с.	Клибсон С.К., Монахова А.П., Вашкевич А.А.	СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2018	MOODLE	5
11.	Диагностические индексы в дерматологии- 352 с	Адаскевич В.П.	М.: Изд. Панфилова, 2014.	3	0
12.	Инфекционные и неинфекционные заболевания вульвы и влагалища: учебное пособие – 44 с.	Мирзабалаева А.К. Вашкевич А.А. Котрехова Л.П.	СПб.: ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013.	5	1
13.	Квалификационные тесты по специальности «Дерматовенерология» (учебное пособие) – 140 с.	Разнатовский К.И., Корнишева В.Г., Родионов А.Н., Клибсон С.К., Согомонян Л.М. и др., всего 17 чел.	СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017	0	5
14.	Основы клинической диагностики в дерматовенерологии и (учебное пособие) – 96 с.	Раводин Р.А. Разнатовский К.И., Вашкевич А.А.	СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017	4+ MOODLE	5
15.	Основы микроскопической диагностики в дерматовенерологии и (учебное пособие) – 80 с.	Раводин Р.А. Разнатовский К.И., Вашкевич А.А.	СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017	MOODLE	5
16.	Практические навыки в дерматовенерологии: справ. для врачей	Т.В. Соколова В.В. Гладько, Л.А. Сафонова	М.: МИА, 2011.	2	0

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
17.	Сифилис: учебное пособие / 69с	Разнатовский К.И. Согомонян Л.М. Клибсон С.К. Полухина О.Э.	СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017.	MOODLE	1
18.	Урогенитальная хламидийная инфекция: учебное пособие –24с.	Разнатовский К.И. Согомонян Л.М. Чаплыгин А.В. Клибсон С.К. Корнишева В.Г. Полухина О.Э. Котрехова Л.П. Смирнова Т.С. Вашкевич А.А. Раводин Р.А. Левина Ю.В. Мирзоян В.Л. Монахова А.П. др.	СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017	0	10
19.	Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — 5-е изд., перераб. и доп. — 768 с.	Коллектив авторов	М.: Деловой экспресс, 2016.	0	1

Дополнительная литература:

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
12.	Биопсия и гистология кожи в практике дерматовенеролога: учебное пособие / – 36 с	Разнатовский К.И Скрек С.В.	СПб.: СПбМАПО, 2008.	0	1
13.	Буллезные дерматозы: учебное пособие –48 с.	Клибсон С.К.	СПб.: СПбМАПО, 2006.	6	10
14.	Дерматология по Томасу Фицпатрику. Атлас–справочник.	Вулф К. Джонсон Р. Сюрмонд Д.	М.: Практика, 2007.	3	0

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
	Второе русское издание. Пер. с англ. –1248 с.				
15.	Дерматомикозы. – 184 с.	Разнатовский К.И. Родионов А.Н. Котрехова Л.П.	СПб.: СПбМАПО, 2006.	8	5
16.	Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. –736 с.	под редакцией Кацамбаса А	М.: МЕДПРЕСС– ИНФОРМ, 2019.	3	1
17.	Кожные и венерические болезни [Электронный ресурс] : учебник / http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419939.html	Скрипкин Ю.К. Кубанова А.А. Акимов В.Г.	М.: ГЭОТАР– Медиа, 2012.	Электронн ый ресурс	0
18.	Методика обследования дерматологических больных: учебное пособие –40 с.	Разнатовский К.И. Монахова А П. Никитин А.Ф. Барина А.Н	СПб.: СПбМАПО, 2009.	2	1
19.	Токсидермии и дерматозы, инициированные приемом лекарственных средств: пособие для врачей – 32с.	Корнишева В.Г.	СПб: СПбМАПО, 2009.	2	1

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

базы данных, информационно–справочные системы:

60. [Cambridge Journals](#)
61. [ClinicalKey](https://www.clinicalkey.com/) - <https://www.clinicalkey.com/>
62. [EastView - Медицина и здравоохранение в России](#) (Полнотекстовые журналы)
63. [MedlinksRU](#) - книги и руководства по медицине, статьи по медицинским специальностям.
64. [MedMir.com](#) - обзоры мировых медицинских журналов на русском языке
65. [Nature journal Digital archive](#)
66. [Oxford University Press](#)
67. [Royal Society of Chemistry](#)
68. [Sage Publications](#)
69. [Scopus](#) – <http://www.scopus.com/>

70. [Taylor and Francis](#)
71. [The American Association for the Advancement of Science \(AAAS\)](#)
72. [Webmedinfo](#) - Открытый информационно-образовательный медицинский ресурс.
73. Государственный научный центр дерматологии и косметологии / ФГБУ "Гос. Науч. Центр дерматологии и косметологии" м-ва здравоохранения Рос. Федерации.
<http://www.cnikvi.ru>.
74. Информационно-справочные и поисковые системы [Medline](#), [Pub-Med](#), [WebofScience](#)
75. Обучающая платформа MOODLE (англ. Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment) – модульная объектно-ориентированная динамическая учебная среда.
76. Правовая база «Консультант-плюс»
77. Российская национальная электронная библиотека: www.elibrary.ru
78. [Русский медицинский журнал \(РМЖ\)](#) – независимое издание для практикующих врачей.
79. [Федеральная электронная медицинская библиотека](#)
80. ЭБС Консультант Врача <http://www.rosmedlib.ru/>
81. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» - <http://www.studmedlib.ru/>
82. Электронно-библиотечная система «Айбукс.py/ibooks.ru»
<https://ibooks.ru/home.php?routine=bookshelf>
83. Электронно-библиотечная система «IPRBooks»-Библиокомплектатор-
<http://www.bibliocomplectator.ru/>
84. Электронно-библиотечная система «Букап» - <https://www.books-up.ru/>
85. Электронно-библиотечная система «Издательство Лань» - <https://e.lanbook.com/>
86. Электронная версия журнала «Consilium Medicum» <http://dermatology.con-med.ru/>
87. Электронная версия журнала «Вестник дерматологии и венерологии»
<http://www.mediasphera.ru/journals/vestnik>.
88. Электронная версия журнала «Проблемы медицинской микологии»
www.mycology.szgmu.ru/journal-problemi-med-mycologii
89. Справочная правовая система «Консультант Плюс»

программное обеспечение:

- Пакет программ Microsoft Office Standart 2010
- ПО Statistica 10 for Windows Ru, базовая версия
- ПО Statistica 10 for Windows Ru, расширенная версия
- Система автоматизированной проверки текстов на наличие заимствований «Антиплагиат.ВУЗ»

moodle.szgmu.ru (свободное распространяющееся по лицензии GNU GPL веб-приложение)

11. Материально-техническое обеспечение дисциплины:

Базой для проведения базовой части производственной (клинической) практики (поликлиника (КВД)) является амбулаторные отделения СПб ГБУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер», расположенный по адресу: Санкт-Петербург, наб. реки Волковки, дом 3, этаж 1,2 кабинеты врача (18 кабинетов)

Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, облучатель бактерицидный) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры: перевязочная, процедурная (№2),
кроме того:

кабинет по диагностике поздних, висцеральных форм сифилиса, нейросифилиса
кабинет по диагностике и лечению больных с тяжелыми хроническими дерматозами:
псориаз, склеродермия, буллезные дерматозы и др.

кабинет по организации помощи детям с врожденным буллезным эпидермолизом.

Оборудование и оснащение: дерматоскопы, лампы Вуда, физиотерапевтическое отделение, в том числе кабинет фототерапии (УФА и УФБ спектры ультрафиолетового излучения, ПУВА-терапия)., кабинет психотерапии

Клинико-диагностическая лаборатория: исследования: - общеклинические, - гематологические, биохимические, коагулологические (показатели системы гемостаза), серологические, бактериологические, молекулярно-биологические (ПЦР).

В конференц-зале в здании администрации имеется мультимедиа проектор, компьютер. На территории кафедры: лекционный зал с мультимедиа проектором, компьютерами, учебные комнаты с компьютерами и выходом в интернет.

Все помещения, используемые для прохождения практики оборудованы в соответствии с: Постановлением Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")» с изменениями и дополнениями от: 4 сентября 2012 г., 17 января, 15 апреля 2013 г., 23 сентября, 8 декабря 2016 г. и Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "дерматовенерология"». Зарегистрировано в Минюсте РФ 21 декабря 2012 г. Регистрационный № 26302.

СЗГМУ использует электронно-библиотечную систему, которая обеспечивает одновременный доступ не менее 25 процентов обучающихся по программе ординатуры, кроме того имеет библиотечный фонд, который укомплектован печатными изданиями из расчета не менее 50 экземпляров каждого из изданий основной литературы, перечисленной в рабочей программе дисциплины, практик, и не менее 25 экземпляров дополнительной литературы на 100 обучающихся. Обучающимся обеспечен доступ (удаленный доступ), в том числе в случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий, к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам, согласно составу, который определен в рабочей программе.

12. Методические рекомендации по прохождению практики

К участию в прохождении производственной (клинической) практики (поликлиника) вариативная часть, допускаются ординаторы, успешно прошедшие необходимую теоретическую подготовку и симуляционный курс, базовую часть производственной (клинической) практики как стационар, так и (поликлиника, КВД). Контроль за участием ординаторов в оказании медицинской помощи гражданам осуществляет куратор практики, назначенный из числа педагогических работников, который несет ответственность за проведение практической подготовки.

При прохождении производственной (клинической) практики (поликлиника) вариативной части по дисциплине «дерматовенерология» ординаторы ведут дневник ординатора, который содержит краткое описание курируемых больных (диагнозы заболеваний), перечень выполненных видов работ за период практики, в том числе диагностические и лечебные мероприятия; освоенные умения и практические навыки, приобретенные за период практики.