

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)



Кафедра дерматовенерологии

**РАБОЧАЯ ТЕТРАДЬ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ
К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ
по дерматовенерологии
для студентов IV курса медико-профилактического факультета**

Студента(ки) 4 курса медико-профилактического факультета	Ф.И.О. _____
Группа №	Время курации с «___» _____ 202_ г. по «___» _____ 202_ г.
Преподаватель	Ф.И.О. _____

**Краснодар
2020**

УДК 616.5+616.97 (075.8)

ББК 55.83+55.81

Составители – сотрудники кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России: зав. кафедрой профессор, д.м.н. Тлиш М. М., доценты кафедры: к.м.н. Т.Г. Кузнецова, к.м.н. Ж.Ю. Наатыж, ассистенты кафедры: к.м.н. М.И. Карташевская, к.м.н. Ф.А. Псавок, П.С. Осмоловская, к.м.н. Н.В. Сорокина, М.Е. Шавилова.

«Рабочая тетрадь для самостоятельной подготовки к практическим занятиям по дерматовенерологии для студентов IV курса медико-профилактического факультета»: Краснодар, ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, 2020.– 82 с.

Рецензенты:

- Зав. кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, д.м.н., проф. **Елисеева Л.Н.**

- Зав. кафедрой микробиологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, к.м.н, доцент **Бабичев С.А.**

«Рабочая тетрадь для самостоятельной подготовки к практическим занятиям по дерматовенерологии для студентов IV курса медико-профилактического факультета» переработана и дополнена на основе рабочей программы учебной дисциплины «Дерматовенерология» по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело и ФГОС ВО по направлению подготовки 32.05.01 Медико-профилактическое дело (уровень специалитета) (2017 г.)

Рекомендовано к изданию ЦМС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России
протокол №. 11 от "29" июня 2020 года

УДК 616.5+616.97 (075.8)

ББК 55.83+55.81

Составители: Тлиш М. М., Т.Г. Кузнецова, Ж.Ю. Наатыж, М.И. Карташевская, Ф.А. Псавок, П.С. Осмоловская, Н.В. Сорокина, М.Е. Шавилова.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
ЗАНЯТИЕ № 1	6
ЗАНЯТИЕ № 2.	167
ЗАНЯТИЕ № 3.	212
ЗАНЯТИЕ № 4.	275
ЗАНЯТИЕ № 5.	28
ЗАНЯТИЕ № 6.	35
ЗАНЯТИЕ № 7.	38
ЗАНЯТИЕ № 8.	39
ЗАНЯТИЕ № 9.	44
ЗАНЯТИЕ № 10.	49
ЗАНЯТИЕ № 11.	54
ЗАНЯТИЕ № 12.	57
СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ...	57
КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТЫ	61
ЗАДАЧИ.....	66
ФОТОГАЛЕРЕЯ	71
ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ	78
ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ИТОГОВОМУ ЗАНЯТИЮ.....	79
ЛИТЕРАТУРА.....	822

ПРЕДИСЛОВИЕ

Цель рабочей тетради: выявить уровень знаний, умений и навыков студентов.

«Рабочая тетрадь для самостоятельной подготовки к практическим занятиям по дерматовенерологии» составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по направлению подготовки 32.05.01 Медико-профилактическое дело (уровень специалитета) (2017 г.), рабочей программы учебной дисциплины «Дерматовенерология» по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело 2017г. и предназначена для студентов IV курса медико-профилактического факультета. Тетрадь включает 12 тем практических занятий и содержит задания для внеаудиторной самостоятельной работы, предназначенных для углубления знаний и закрепления теоретического материала. Задания имеют разную форму: заполнение таблиц, схем, написание эссе, решение тестовых заданий и клинических задач, позволяющих сделать самостоятельные выводы. Тетрадь иллюстрирована фотоматериалом.

Рабочая тетрадь побуждает студентов к самоанализу, саморазвитию, формированию следующих общекультурных и профессиональных компетенций:

- готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала (ОК-8);
- способность и готовность к использованию современных методов оценки и коррекции естественных природных, социальных и других условий жизни, к осуществлению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний, а также к осуществлению противоэпидемической защиты населения (ПК-2)
- способность и готовность к организации и проведению санитарно-эпидемиологического надзора за инфекционными и неинфекционными заболеваниями (ПК-3).

Внедрение "Рабочей тетради для самостоятельной подготовки к практическим занятиям по дерматовенерологии" в практику учебного процесса позволит:

- продолжить развитие мышления у студентов медико-профилактического факультета;
- более прочно усвоить теоретические знания;
- приобрести практические умения и навыки в решении клинических задач,
- осуществлять контроль за ходом обучения студентов по дисциплине (модулю);
- сформировать у учащихся умения и навыки самоконтроля.

ВВЕДЕНИЕ

В условиях реализации компетентного подхода особое внимание уделяется не только усвоению определенной суммы знаний и отработке умений, но и самостоятельному поиску ответов на поставленные вопросы и осмыслению учебного материала. Самостоятельно найденный ответ - победа для учащегося, придающая ему уверенность в своих возможностях, создающая положительные эмоции, устраняющая неосознанное сопротивление процессу обучения. Один из методов развития целенаправленной организации самостоятельной работы студентов является внедрение в учебный процесс рабочих тетрадей.

«Рабочая тетрадь для самостоятельной подготовки к практическим занятиям по дерматовенерологии для студентов IV курса медико-профилактического факультета» способствует освоению "Дерматовенерологии" в аудитории и дома, может быть использована учащимися в изучении теоретического материала и формировании практических умений и навыков, при подготовке к промежуточной аттестации по дисциплине. Самостоятельная работа с тетрадью поможет студентам медико-профилактического факультета закрепить знания об этиологии, эпидемиологии, патогенезе, клинике, диагностике и профилактике различных кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путём. Предлагаемые задания хотя и одинаковые для всех, но вызывают у каждого чувство личной ответственности, так как деятельность каждого проверяется и оценивается. Изложение материала в рабочей тетради чередуется с пробелами, которые заполняет обучающийся по ходу ведения лекции, выполнения самостоятельной работы. Приложение рабочей тетради содержит схему написания истории болезни дерматологического больного, фотогалерею, тесты, клинические задачи, список рекомендуемой литературы и ссылки на ресурсы Интернет. В данной тетради не даются ответы к заданиям. Это изменяет отношение учащихся к процессу решения, требует критического отношения к полученным результатам, усиливает общение между собой. Очень важна и другая причина отсутствия ответов: коллективно обсуждать разные пути решения и искать правильные ответы. Самостоятельное нахождение правильного решения, тренировка по вопросам и заданиям способствует формированию чувства удовлетворения, которое делает обучение не утомительной нагрузкой, а интересной работой.

Применение рабочей тетради в обучении улучшает качество образования, повышает эффективность учебного процесса на основе его индивидуализации, позволяет активизировать познавательную деятельность учащихся, более продуктивно организовать её, формировать и развивать навыки самостоятельной работы.

ЗАНЯТИЕ №1.

ТЕМА: Дерматовенерология как самостоятельная клиническая дисциплина, ее содержание, задачи и методы. Основные этапы развития дерматологии. Отечественная дерматологическая школа (А. Г. Полотебнов, А.И. Пospelов, В. М. Тарновский, Т. П. Павлов, П. В. Никольский, В. В. Иванов, Г. И. Мещерский, П. С. Григорьев, О.Н. Подвысоцкая, Л. Н. Машкиллейсон, Б. М. Пашков, М.М. Желтаков, В. А. Рахманов, С. Т. Павлов, П. В. Кожевников. Краткая история профессиональной дерматологии. М. П. Батунин, М.А. Торсуев, В.Н. Рахманов, Ф.Н. Гринчар. Н.С. Ведров. А.П. Долгов, А.С. Зенин, Н.Н. Чумаков, Д.Д. Шапиро, Л.К. Хоцянов). Развитие современного состояния профессиональной дерматологии как клинико-гигиенической дисциплины.

Анатомия кожи. Эпидермис, Дерма. Подкожная жировая клетчатка. Кровеносные и лимфатические сосуды. Нервно-рецепторный аппарат. Придатки кожи. Строение слизистой оболочки рта и красной каймы губ. Возрастные особенности. **Физиология и основные функции кожи и слизистой оболочки рта.** Связь кожи и слизистой оболочки рта с другими органами и системами. Участие кожи и слизистой оболочки рта в водном, минеральном, белковом, углеводном, витаминном, ферментном и жировом обмене. Кожа как место образования биологически активных веществ. Защитная, иммунологическая, терморегуляционная, выделительная, резорбционная, дыхательная функции кожи. Кожа — орган чувств.

Основные патологические процессы, происходящие в коже и слизистой оболочке рта и их роль в образовании элементов сыпи. Острое и хроническое воспаление. Акантолиз, акантоз, гранулез, гиперкератоз, папилломатоз, паракератоз, спонгиоз, баллонная дистрофия, специфическая и неспецифическая инфильтрация (пролиферация). Опухолевый процесс.

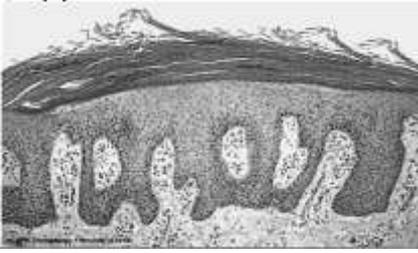
Гигиена кожи. Семиотика кожных болезней.

Морфологические элементы кожных сыпей (первичные и вторичные), их клинические особенности, в том числе при локализации на губах и слизистой оболочке рта.

Этиология и патогенез профессиональных заболеваний кожи. Роль экзогенных, эндогенных, социальных, генетических факторов, патологии нервной системы, иммунологических нарушений, заболеваний внутренних органов в патогенезе дерматозов. Производственные вредности (химические, физические, инфекционные). Патогенез проф. заболеваний кожи, обусловленных воздействием физических, химических, биологических, инфекционных факторов. Комбинированная и комплексное действие производственных вредностей. Основные принципы лечения больных профдерматозами. Организация борьбы с профзаболеваниями кожи. Реабилитация. Профилактика профзаболеваний. Общие принципы лечения и диспансеризации больных хроническими дерматозами. Вторичная и первичная профилактика. Вопросы деонтологии.

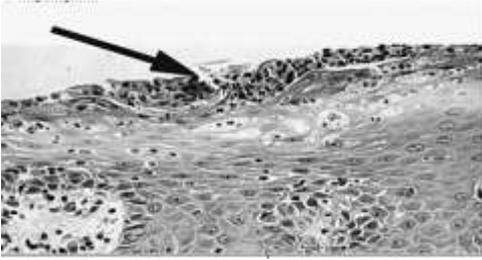
Физиотерапевтическое лечение в дерматологии. Физиотерапевтические методы лечения в дерматологии (дарсонвализация, ионофорез, парафинотерапия, гальванотермофорез и др.). Электролечение КВЧ, УВЧ-терапия. Светолечение, УФО-терапия, ПУВА-терапия, селективная и узкополосная фототерапия.

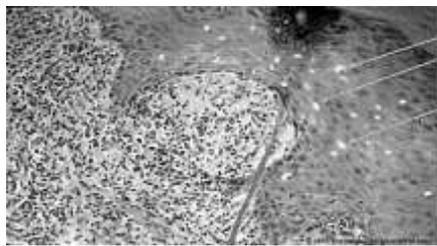
Вирусные заболевания. Распространенность. Предрасполагающие факторы. Возбудители. Классификация. **Бородавki** вульгарные, подошвенные и плоские. **Остроконечные бородавki (кондиломы), контактный моллюск, вакцинная экзема.** Этиология, клинические формы, эпидемиологическое значение, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. **Простой пузырьковый герпес.** Этиология, клинические формы, эпидемиологическое значение, дифференциальный диагноз, лечение. Профилактика: санация очагов фокальной инфекции, лечение интеркуррентных заболеваний, исключение переохлаждения, гигиеническое содержание кожи и слизистых. **Опоясывающий герпес.** Этиология. Клинические формы. Эпидемиологическое значение. Диагностика, лечение. Профилактика: изоляция больных ветряной оспой. Вирусные заболевания при ВИЧ-инфекции.



Гиперкератоз

Паракератоз-это



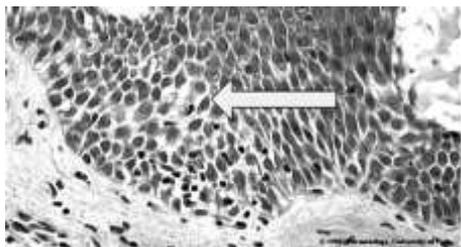


Вакуольная дистрофия



Балонирующая дегенерация

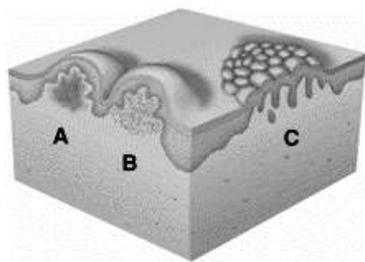
Спонгиоз



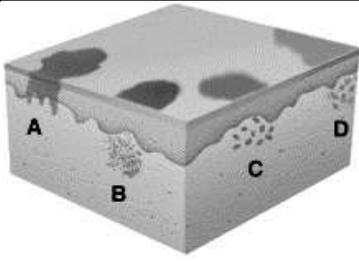
Морфологические элементы кожных сыпей

Первичные

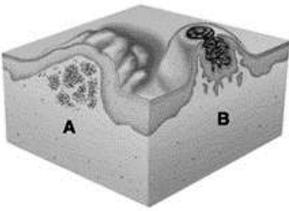
Папула



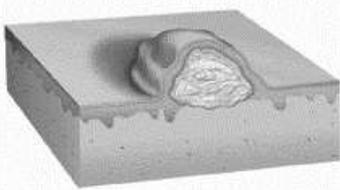
Пятно



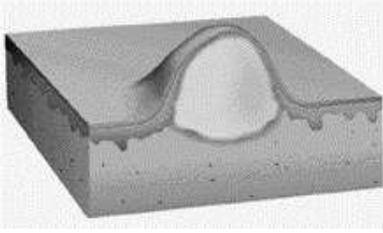
Узел, бугорок



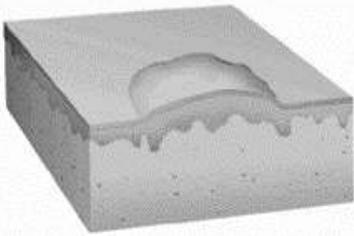
Пузырь



Пустула

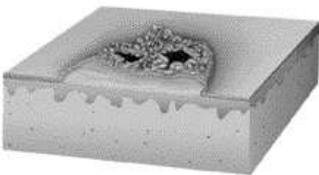


Волдырь



Вторичные

Корка



Классификация простого герпеса

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Классификация опоясывающего герпеса

- _____
- _____
- _____

Основные симптомы простого герпеса

Принципы лечения герпетической инфекции

Общие признаки стафилодермий:

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

Особенности клиники псевдофурункулеза Фингера:

- когда возникает _____
- первичный морфологический элемент _____
- локализация _____
- особенности эволюции элементов _____
- исход заболевания _____

Особенности клиники эпидемической пузырчатки новорожденных

- когда возникает _____
- первичный морфологический элемент _____
- локализация _____
- особенности эволюции элементов _____
- исход заболевания _____

Особенности клиники эксфолиативного дерматита Риттера

- когда возникает _____
- первичный морфологический элемент _____
- локализация _____
- особенности эволюции элементов _____
- исход заболевания _____

Общие признаки стрептодермий:

- _____

- _____

- _____

- _____

Симптом Сезари это

Симптом Михаэлиса это

Симптом Горчакова - Арди это

Симптом Базена это

Атипичные формы чесотки

ЗАНЯТИЕ № 3.

ТЕМА: Туберкулез кожи: возбудитель, патогенез. Влияние общей и специфической реактивности на возникновение клинических вариантов кожного туберкулеза. Современная классификация. Туберкулезный шанкр Клинические формы туберкулеза кожи: локализованные (туберкулезная волчанка, колликувативный, бородавчатый, язвенный туберкулез,); диссеминированные (папулонекротический, лихеноидный туберкулез, индуративная эритема Базена, милиарная диссеминированная волчанка). Клиника поражения слизистых оболочек полости рта, губ при туберкулезе. Гистопатология. Диагностическое значение туберкулиновых проб и их оценка. Принципы лечения туберкулеза кожи. Организационные формы борьбы.

Лепра. Исторические сведения. Распространение. Возбудитель. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Классификация. Основные клинические симптомы. Методы диагностики. Организация и принципы лечения. Лепрозории. Профилактика.

Лейшманиоз. Возбудители. Распространенность. Эпидемиология. Клинические формы (поздноизъязвляющийся, некротизирующий и туберкулоидный типы). Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика. Борьба с грызунами и москитами. Специфическая иммунизация как метод профилактики лейшманиоза кожи.

Самостоятельная работа:

Классификация туберкулеза кожи:

Локализованные формы	Диссеминированные формы

Феномен Поспелова характеризуется _____

Зерна Трела – это _____

Штампованные рубцы характерны для _____

Бородавчатый туберкулез кожи характеризуется _____

Скрофулодерма характеризуется _____

Принципы лечения и профилактики туберкулеза

Дифференциальный диагноз типов лепры:

Признак	Лепроматозный тип	Туберкулоидный тип

Лепроминовая проба - это _____

Проба Минора - это _____

Принципы лечения и профилактики лепры _____

Реакция Монтенегро - это _____

Стадии лейшманиомы _____

Принципы лечения и профилактики лейшманиоза

Для заметок

ЗАНЯТИЕ № 4.

ТЕМА: Микозы. Определение. Эпидемиология грибковых заболеваний. Биологические свойства возбудителей, их изменчивость. Значение грибов-возбудителей, макроорганизма и условий внешней среды в заболеваемости микозами. Заражение грибковыми заболеваниями в условиях производства. Профессиональный характер микозов. Методы лабораторной диагностики. Клинико-эпидемиологическая классификация. ВИЧ-инфекция и микозы. **Кератомикозы.** Отрубевидный лишай. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение. Псевдомикоз - эритразма. **Эпидермофития паховая.** Клиника, лечение, профилактика. **Рубромикоз.** Возбудитель, клинические формы (стоп и кистей, ногтевых пластинок, кожи больших складок, генерализованный рубромикоз, эритродермия), клиника, диагностика, лечение, профилактика. **Эпидермофития стоп.** Предрасполагающие факторы, клинические разновидности (сквамозно-гиперкератотическая, интертригинозная, дисгидротическая, генерализованная, онихомироз), диагностика, лечение и профилактика. **Трихомикозы.** Трихофития поверхностная гладкой кожи, волосистой части головы, инфильтративно-нагноительная, хроническая, ногтей; возбудитель, патогенез, клинические проявления, диагностика. **Микроспория.** Возбудители, пути передачи, поражения гладкой кожи и волосистой части головы, поверхностные и инфильтративные. Клиника, диагностика. **Фавус.** Возбудитель, клинические разновидности, клиника, диагностика. **Принципы лечения трихомикозов:** общее, наружное, лечение сопутствующих заболеваний. Критерии излеченности.

Профилактика: лечение фоновых заболеваний, ограничение приема антибиотиков, кортикостероидов и иммунодепрессантов. Организация борьбы с грибковыми заболеваниями кожи. Роль и значение микологических кабинетов. Диспансеризация больных. Роль Роспотребнадзора в профилактике микозов. Разработка комплексного плана противоэпидемических мероприятий совместно с КВД. Контроль за качественными показателями работы КВД в очаге: изоляция и лечение больных, дезинфекция личных вещей и помещения, выявление источника заражения, диспансерное наблюдение за контактными лицами, установление критерия излеченности. Санитарно-просветительная работа. Санитарный надзор за выполнением комплекса профилактических мероприятий в парикмахерских, душевых, банях, бассейнах. Совместная работа с ветеринарной службой. Контроль за соблюдением эпидрежима в детских коллективах и на промышленных предприятиях.

Самостоятельная работа:

Классификация грибковых заболеваний кожи:

Симптом Бенъе – это

Основные формы эпидермофитии стоп:

Основные формы рубромикоза:

Разновидности трихофитии

Для зоонозной микроспории характерно:

Формы фавуса:

Классификация кандидоза

Левуриды—это _____

Классификация противогрибковых препаратов:

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

Для заметок

ЗАНЯТИЕ № 5.

ТЕМА: Псориаз. Этиология и патогенез: пролиферация эпидермиса, обусловленная предположительно генетической или вирусной природой болезни, роль функциональных нарушений нервной системы, стресса, фокальной инфекции, обменных и эндокринных нарушений как факторов риска; сезонность заболевания. Классификация. Клинические формы и стадии. Проявление различных форм псориаза у детей. **Вульгарный псориаз:** клиника, излюбленная локализация, диагностическое значение триады псориазических симптомов; стадии заболевания и значение изоморфной реакции, понятие об **артропатическом псориазе и псориазической эритродермии**; клиническая картина Принципы лечения. Санаторное лечение и реабилитация на курортах Краснодарского края. Диспансеризация больных. **Красный плоский лишай.** Этиология и патогенез. Пролиферация эпидермиса, обусловленная предположительно генетической или вирусной природой болезни, роль функциональных нарушений нервной системы, стресса, фокальной инфекции, обменных и эндокринных нарушений как факторов риска; сезонность заболевания. Классификация. Клинические формы и стадии. Состояние челюстно-лицевой системы и патологии желудочно-кишечного тракта в возникновении красного плоского лишая на слизистой оболочке рта. Проявления на слизистой оболочке рта и губах. Патоморфология. Дифференциальный диагноз высыпаний на слизистой оболочке рта с лейкоплакией, красной волчанкой. Лечение. Профилактика рецидивов. Диспансеризация. Особенности лечения при локализации на слизистой оболочке рта, роль санации и лечения фоновых заболеваний. Вторичная профилактика. **Розовый лишай Жибера.** Этиология, патогенез, клиника, течение, лечение.

Самостоятельная работа:

Определение псориаза _____

Классификация псориаза:

Стадии:

- _____
- _____
- _____

Формы:

- _____
- _____

Клинические разновидности

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Основные симптомы:

Псориазическая триада Цумбуша – это

Симптом Пильнова -

Симптом Григорьева

Симптом Кебнера

Симптом «наперстка»

Красный плоский лишай - это

Основные клинические симптомы:**Первичный морфологический элемент**

Излюбленная локализация

Симптом Уикхема

Формы красного плоского лишая:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Принципы лечения и профилактики папулосквамозных дерматозов:

ЗАНЯТИЕ №6.

ТЕМА: Красная волчанка. Этиология и патогенез: роль аутоиммунных реакций в патогенезе красной волчанки, а также роль экзо- и эндогенных факторов, провоцирующих заболевание. Классификация. Клиника хронической красной волчанки. Формы красной волчанки на губах (типичная, без клинически выраженной атрофии и гиперкератоза, эрозивно-язвенная, глубокая) и слизистой оболочки рта (типичная, экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная), их клиническая картина, диагностика, течение, прогноз. Лечение. Вторичная профилактика. Прогноз. **Склеродермия:** этиология, патогенез. Клинические формы. Системная склеродермия. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Диспансерное наблюдение.

Самостоятельная работа:**Определение красной волчанки**

Классификация красной волчанки

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Понятие о LE –клетках

Основные симптомы красной волчанки**Критерии АРА**

- ✓ _____

- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____

Принципы лечения и профилактики красной волчанки:

Определение склеродермии:

Классификация склеродермии

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

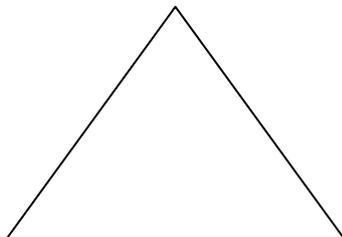
Основные стадии

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Основные симптомы:**«Архипелага островов»**

Серозные колодцы

Треугольник Крейбиха

**Гистологическая картина:**

Определение атопического дерматита

Классификация атопического дерматита:**Стадии:**

- _____
- _____
- _____

Формы:

- _____
- _____

Клиническо-этиологические варианты

- _____
- _____
- _____
- _____

Основные симптомы:**1 для младенческой формы**

2 для детской формы

3.для подростковой формы

Распространенность процесса:

Степень тяжести

Индекс SCORAD

ЗАНЯТИЕ № 8.

ТЕМА: Пузырные дерматозы. Истинная пузырчатка. Клинические формы (вульгарная, вегетирующая, листовидная, себорейная). Принципы лечения. Неакантолитические пузырчатки Клинические формы (буллезный пемфигоид Лёвера, рубцующий пемфигоид (пузырчатка глаз), доброкачественная неакантолитическая пузырчатка только слизистой оболочки полости рта. Дифференциальный диагноз. Иммунофлюоресцентная диагностика. **Герпетиформный дерматоз Дюринга.** Этиология, патогенез, клинические проявления. Особенности клинического течения заболевания у детей. Диагностика. Диагностическое значение пробы Ядассона. Иммунофлюоресцентная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. **Многоформная экссудативная эритема.** Этиология и патогенез. Роль фокальной и герпетической инфекции, висцеральной патологии, охлаждения, повышенной чувствительности организма к различным медикаментам, вакцинам и сывороткам, пищевым продуктам и др. Клинические формы: инфекционно-аллергическая или идиопатическая и токсико-аллергическая или симптоматическая; клиника и течение. **Синдром Стивенса-Джонсона**, как тяжелая разновидность экссудативной эритемы. Дифференциальный диагноз высыпаний на слизистой оболочке рта с пузырчаткой, буллезным пемфигоидом, герпетическим стоматитом, сифилитическими папулами. Лечение: санация организма в целях ликвидации фокальной инфекции. **Витилиго.** Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз. **Себорея.** Себорейный дерматит. Патогенез, клиника, осложнения, дифференциальная диагностика и лечение этих заболеваний. **Розовые угри.** Роль желудочно-кишечной патологии, изменений нервной и эндокринной системы в патогенезе заболевания. Роль демодекса, как фактора, усугубляющего течение розовых угрей. Клиническая картина заболевания. Принципы общей и местной терапии. **Вульгарные угри.** Связь заболевания с эндокринной системой, функцией половых желез. Клинические разновидности. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. **Алопеция** (очаговое выпадение волос). Этиология, патогенез, клиника. Дифференциальная диагностика с поверхностной трихофитией и микроспорией волосистой части головы, сифилитической алопецией, себореей. Лечение, профилактика.

Самостоятельная работа:

Понятие пузырных дерматозов

Классификация пузырных дерматозов

Формы

Разновидности розовых угрей:

Определение акне

Классификация акне:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Патогенез акне

Разновидности пятнистого сифлида

Воротничок Биета характерен для

Симптом Пинкуса - это

Сифилитическая алопеция характеризуется

Формы сифилитической лейкодермы

Разновидности пустулезного сифилида

Дифференциальный диагноз вторичного сифилиса:

Заболевание	Отличительные диагностические критерии	Вторичные сифилиды		
		Розеолезный	Папулезный	Пустулезный

Разновидности бугоркового сифилида

Разновидности гуммозного сифилида

Дифференциальный диагноз:

Признак	Сифилитическая пузырьчатка	Эпидемическая пузырьчатка новорожденных

Симптом «зеркальных подошв» характерен для:

Стадии сифилитического ринита:

Степени сифилитического остеохондрита

Общие и локальные симптомы встречающиеся при сифилисе и других внутриутробных инфекциях:

Признаки позднего врожденного сифилиса:

Достоверные	Вероятные	Стигмы

Специфические серологические реакции это:

Методика проведения РИБТ

Ликворологическое исследование на сифилис

Серологическая резистентность - это: _____

Превентивное лечение - это: _____

Специфическое лечение -это: _____

Лечение первичного сифилиса

ЗАНЯТИЕ №11.

ТЕМА: Гонорея, трихомониаз, хламидиоз, урогенитальный кандидоз, герпес микоплазмоз, остроконечные кондиломы, бактериальный вагиноз, кожные проявления при ВИЧ – инфекции. Возбудитель, биологические свойства, пути заражения. Классификация. Клиническая картина, осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.

Самостоятельная работа:

Классификация гонорей _____

Проба Томсона это: _____

Осложнения гонорей _____

Препараты выбора для лечения гонорей: _____

Основные симптомы бактериального вагиноза: _____

ЗАНЯТИЕ № 12.

ТЕМА: Итоговое занятие. Защита историй болезни.

Примечание: в процессе курации студенты получают больных, на которых заполняют историю болезни, ведут дневник, пишут эпикриз. В последний день курации историю сдают преподавателю.

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

I. Общие сведения: Фамилия, имя, отчество. Возраст. Семейное положение. Название предприятия и занимаемая должность. Домашний адрес. Указать, когда поступил больной в стационар Краснодарского краевого кожно-венерологического диспансера. Диагноз при поступлении. Окончательный диагноз: основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания. Общие сведения о больном желателно излагать в повествовательной форме.

II. Жалобы больного: Вначале излагаются жалобы, высказанные больным в связи с наличием у него кожного заболевания: сыпь, зуд, жжение, боль, чувство сухости или стягивания кожи, шелушение, косметическое неудобство и др. При наличии зудящей сыпи указать характер зуда (постоянный или приступообразный, охарактеризовать его по силе). Затем последовательно описываются жалобы со стороны других органов, от состояния которых может зависеть возникновение и течение заболевания кожи.

III. История развития заболевания (Anamnesis morbi) Анамнез заболевания излагают в хронологическом порядке, максимально отражая динамику развития клинической симптоматики. Дата начала и давность заболевания. Предполагаемые причины болезни. Первые признаки ее, последовательность нарастания симптомов и течение болезни до настоящего времени (частота рецидивов, сезонность их, длительность ремиссий). Когда обратился за врачебной помощью? Какие раньше устанавливались диагнозы? Какое лечение проводилось ранее? (Перечислить по возможности все лечебные мероприятия и их эффективность). Место лечения: на дому, в поликлинике, в стационаре; получал ли физиотерапевтическое и курортное лечение. Указать дату и причину последней госпитализации (очередной рецидив болезни или отсутствие терапевтического эффекта при амбулаторном лечении).

IV. Эпидемиологический анамнез: (пишется только при инфекционных заболеваниях) имел ли контакт с лицами, страдающими похожими на имеющееся у больного заболевание (в семье, в общежитии, на производстве, в школе, в детском саду)? Имел ли контакт с подозрительными на наличие болезни животными? Каков результат обследования их у ветеринаров и меры, принятые в отношении животных? Обследованы ли семейные и другие контакты; каков результат?

V. История жизни (Anamnesis vitae). Каким по счету среди детей родился больной? Здоровье родителей. Как вскармливался и развивался в раннем детстве (для детей)? Перечислить болезни детского возраста, а затем в хронологическом порядке остальные перенесенные заболевания (в том числе операции, ранения, травмы). Патологическая наследственность (имеется в виду наличие у родственников каких-то кожных заболеваний). Для женщин – акушерско-гинекологический анамнез (начало и характер менструального цикла, замужество, беременности: сколько и как закончились, климактерический период и его течение). Половой и семейный анамнез. Здоровье членов семьи, наличие или отсутствие у них наследственных, венерических, нервно-психических заболеваний и туберкулеза, причину смерти близких родственников. Аллергологический анамнез. Указывая непереносимость какого-то лекарства или пищевого продукта, необходимо привести ее характер (зудящая сыпь, обморок, бронхоспазм, отек Квинке и т.п.). Гемотрансфузи-

онный анамнез. Указывают, получал ли больной переливания крови, ее компонентов и кровезаменителей, их переносимость. Начало трудовой деятельности. Род занятий. Санитарно-гигиенические условия труда и профессиональные вредности (при их наличии). Вредные привычки (курение, употребление наркотиков). Характер употребления алкогольных напитков (не употребляет, употребляет умеренно, злоупотребляет). Жилищно-бытовые и санитарно-гигиенические условия. Питание (его регулярность и полноценность, причины и продолжительность, нарушения режима питания).

VI. Данные объективного обследования (Status praesens). 1. Общий вид больного. Оценка тяжести общего состояния больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое). Температура тела. Положение больного (активное, пассивное, вынужденное). Состояние сознания. Выражение лица. Объективный возраст. Рост, телосложение, вес. Состояние кожного покрова, свободного от основного кожного патологического процесса (цвет, степень влажности, тургор). Цвет видимых слизистых оболочек. Выраженность подкожной жировой клетчатки. Периферические лимфатические узлы (пальпация подчелюстных, шейных, над- и подключичных, локтевых, подмышечных и паховых лимфоузлов: величина, консистенция, болезненность, подвижность, сращение между собой и с кожей). Состояние ногтей и волос. Наличие патологии со стороны костно-мышечной системы.

2. Система органов дыхания: Состояние верхних дыхательных путей. Форма и участие грудной клетки в дыхании. Ритм и частота дыхания. Границы и экскурсия легочного края, данные перкуссии и аускультации.

3. Сердечно-сосудистая система: осмотр сердечной области. Перкуторные границы сердца. Состояние тонов сердца. Ритмичность, частота и напряжение пульса. Артериальное давление.

4. Системы органов пищеварения и мочеиспускания: Состояние полости рта (зубы, десна, язык), зева, миндалин. Форма, консистенция, участие в дыхании живота, его болезненность при пальпации. Размер, консистенция печени, селезенки и почек. Симптом Пастернацкого. Регулярность стула и мочеиспускания.

5. Нейропсихическая сфера: Психическая деятельность (настроение, общительность, память). Реакция зрачков на свет. Сухожильные рефлексы. Положение в позе Ромберга, дермографизм при умеренном давлении (с силой 200-300г.), указать цвет, латентный период, длительность дермографизма.

В заключении следует написать, имеется ли патология по результатам общего исследования.

VII. Местный статус (Status localis): Порядок описания клинической картины заболевания начинается с общей характеристики кожного патологического процесса, указывается, какой он носит характер (ограниченный, локализованный, распространенный, генерализованный, универсальный, тотальный, симметричный, асимметричный), где располагается и какими морфологическими элементами сыпи выражен (последовательно перечисляются первичные, а затем – вторичные морфологические элементы). Затем дается развернутое описание клинической картины болезни с детальным указанием локализации, в том числе излюбленной (наиболее частой), размеров, формы, цвета, рельефа, консистенции элементов сыпи, их сочетания в очагах поражения кожи. Указывается, какие участки наиболее поражены. Описывается конфигурация и характер границ очагов различных зон в их пределах (эритематозная волчанка, ограниченный нейродермит), состояние окружающей кожи (микробная экзема). Описываются ведущие симптомы различных заболеваний: с-м Никольского при пузырчатке; симптом стеаринового пятна, терминальной пленки, кровяной росы при псориазе; яблочного и погружения зонда при туберкулезной волчанке и др. При распространенном, универсальном или тотальном характере кожного процесса описание участков поражения следует вести последовательно сверху вниз, начиная с головы и заканчивая дистальными частями нижних конечностей. При ограниченных процессах, таких как микоз стоп, микробная экзема и другие, описывается сначала основной

очаг поражения кожи, а затем его осложнения (аллергиды). В заключение указываются субъективные ощущения больного, связанные с данным заболеванием, при наличии зуда его характер.

VIII. Лабораторные исследования. Приводятся результаты основных исследований: развернутый общий анализ крови и мочи, исследование кала на яйца глистов, серологические исследования сыворотки крови на сифилис. В истории болезни нужно писать название анализа, указывать дату. Если характер заболевания курируемого больного требует специальных исследований, то результаты их также указываются. При дерматофитиях исследуются бактериоскопически и бактериологически на грибки чешуйки кожи, волос и ногти. При заболеваниях, связанных с гнойной инфекцией, делается бактериологический посев с определением характера микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. При пузырчатке исследуются мазки-отпечатки со дна эрозий на акантолитические клетки и эозинофилы, определяется суточное количество мочи. При дерматите Дюринга определяется количество эозинофилов в содержимом пузырей, ставится диагностическая проба Ядассона. В ряде случаев проводятся биохимические и гистологические методы исследования. В конце раздела следует написать заключение: имеется патология по результатам анализов.

IX. Предварительный диагноз: Ставится на основании жалоб больного, анамнеза болезни, указывающего на характерное начало и клиническое течение, объективных клинических симптомов заболевания и результатов лабораторных и специальных исследований. Жалобы, данные анамнеза болезни, объективные клинические симптомы и лабораторные исследования, подтверждающие диагноз, должны быть перечислены.

X. Дифференциальный диагноз: Проводится с группой клинически сходных заболеваний конкретно по отношению к курируемому больному. Рассматривая возможность наличия каждого из них у курируемого больного, необходимо перечислить симптомы сходства между ними, а затем привести признаки различия, обосновать исключение их у курируемого больного.

XI. Окончательный диагноз: Базируется на предварительном и проведенном дифференциальном диагнозе, исключившем клинически сходные заболевания (указать какие).

XII. Лечение: В этом разделе кратко описываются все основные методы лечения больных, страдающих имеющимся у курируемого больного заболеванием. Сначала указываются средства и методы общего воздействия на организм больного, а затем способы и средства наружного лечения кожного патологического процесса, в том числе и физиотерапевтического. Описывая лечение, следует проводить мотивировки и обоснования тех или иных лечебных мероприятий, кратко излагать методику, указывать дозы лекарственных препаратов и их фармакологические прописи. При описании общего режима следует определить характеры диеты, изложить рекомендации по трудоустройству больного после выписки из стационара и последующему санаторно-курортному лечению.

XIII. Прогноз: Указывается прогноз в отношении жизни и выздоровления; отмечается склонность заболевания к длительному хроническому течению к рецидивам, особенно при несоблюдении больным рекомендованного режима и лечения; влияния болезни на трудоспособность больного.

XIV. Дневник: Дата, температура тела. Течение болезни. Назначение, дата и температура тела отмечаются ежедневно в течение всего периода курации больного, температура тела должна измеряться утром и вечером. Описывая течение болезни, необходимо отметить степень тяжести общего состояния, самочувствие больного, жалобы его, состояние сна, аппетита, регулярность физиологических отправлений. Что касается состояния кожного патологического процесса то в первый день наблюдения за больным можно сослаться на специальный статус, описанный ранее, указав, что состояние кожного процесса соответствует этому описанию. В последующие дни необходимо последовательно описывать динамику патологического процесса, изменяющегося под влиянием назначаемого ле-

чения. Указать, как изменяется эритема, отек, инфильтрация кожи, как уменьшается и исчезает мокнутие и эпителизируются эрозии (если они, конечно, имелись), как отторгаются корочки, как возникает и исчезает шелушение, как уплощаются, изменяют цвет и форму папулы, как рубцуются язвы. Если больной по окончании занятий остается в стационаре, то указывается, что наблюдение за ним прекращено ввиду окончания курации. Лечебные мероприятия следует начать с указания диеты (номер стола), затем назначить витамины и другие средства общего воздействия на организм больного, сначала вводимые парентерально, а затем перорально. В назначениях следует указывать фармакологические прописи лекарств, их дозы, способы введения, частоту приема, дату назначения. После этого назначаются средства для наружного лечения с указанием не только прописей, но и способов применения на тот или другой участок пораженной кожи. Если какие-либо лекарственные средства отменены, надо указывать дату отмены.

XV. Эпикриз: Приводятся краткие паспортные данные больного (фамилия, имя, отчество, возраст, специальность, указывается, когда поступил в стационар и когда выписан) – дается обоснование диагноза (перечисляются все клинические симптомы и лабораторные данные, подтверждающие диагноз). Подробно описывается проведенное лечение с указанием лекарственных форм, доз, способов приема и числа процедур. Указывается переносимость и эффективность лечения, даются рекомендации в отношении дальнейшего лечения, режима питания и поведения в быту и на работе. Дата. Подпись куратора. Список использованной литературы: (не менее 2-х источников помимо учебника). Указать название источника, инициалы и фамилии авторов, издательство, год, и место издания.

КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТЫ

1. Какого слоя нет в эпидермисе?
 - а) рогового
 - б) базального
 - в) сетчатого
 - г) зернистого
 - д) шиповидного

2. Дерма состоит из:
 - а) клеточных элементов
 - б) волокнистых субстанций
 - в) сосудов и нервов
 - г) основного межклеточного вещества
 - д) всего перечисленного

3. Показанием для назначения примочки является
 - а) хроническое воспаление
 - б) гнойничковые элементы в очаге поражения
 - в) подострое воспаление
 - г) явления лихенификации
 - д) острое воспаление с явлениями мокнутия

4. Какой из нижеперечисленных экзогенных факторов не способствует развитию пиодермий?
 - а) травмы кожи
 - б) переохлаждение
 - в) перегревание
 - г) контакт с химическими веществами
 - д) загрязнение кожи

5. В чем опасность фурункула носогубного треугольника?
 - а) развитие рожистого воспаления лица
 - б) развитие флегмоны шеи
 - в) развитие тромбоза кавернозного синуса
 - г) развитие заглочного абсцесса
 - д) развитие флегмоны дна полости рта

6. Для чесотки у взрослых характерны все признаки, кроме
 - а) зуд в ночное время
 - б) поражение кожи ладоней, подошв и лица
 - в) парные папуло-везикулярные элементы
 - г) экскориации
 - д) присоединение вторичной инфекции

7. Укажите наиболее частое осложнение чесотки
 - а) вторичная пиодермия
 - б) сепсис
 - в) рубцовая атрофия кожи
 - г) флегмоны
 - д) все вышеперечисленное

8. Клиническими формами кандидоза являются
- а) кандидоз слизистых оболочек
 - б) кандидоз складок кожи
 - в) висцеральный кандидоз
 - г) хронический генерализованный кандидоз
 - д) все перечисленные
9. Для диагностики микозов используют все перечисленные лабораторные методы, кроме
- а) люминисцентной диагностики
 - б) мазков-отпечатков из очагов поражения
 - в) микроскопии волос и кожных чешуек
 - г) культуральной диагностики
 - д) гистологического исследования
10. Какой из симптомов не характерен для микроспории волосистой части головы?
- а) обламывание волос на высоте 4-6 мм
 - б) обламывание волос на высоте 1-2 мм
 - в) наличие муфты вокруг обломанного волоса
 - г) асбестовидное шелушение
 - д) зеленое свечение волос при осмотре под лампой Вуда.
11. Для инфильтративно-нагноительной трихофитии характерно:
- а) общее недомогание с повышением температуры тела
 - б) наличие островоспалительных инфильтратов
 - в) положительный симптом «медовых сот»
 - г) самопроизвольное разрешение
 - д) все перечисленное
12. Какой из перечисленных факторов не имеет значения в патогенезе склеродермии:
- а) переохлаждение
 - б) эндокринные нарушения
 - в) возраст
 - г) нервно-сосудистые нарушения
 - д) травмы
13. Для дискоидной красной волчанки не характерны симптомы:
- а) эритемы
 - б) фолликулярного гиперкератоза
 - в) рубцовой атрофии
 - г) крупнопластинчатого шелушения
 - д) телеангиэктазий
14. Наиболее характерной для псориаза является локализация высыпаний:
- а) на ладонях и подошвах
 - б) на слизистой полости рта
 - в) на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов
 - г) на лице
 - д) на сгибательных поверхностях предплечий
15. Для поражения ногтей при псориазе характерно все перечисленное, кроме
- а) наперстковидных вдавлений
 - б) онихолизиса

- в) симптома маслянного пятна
- г) подногтевых геморрагий
- г) платонихий, койлонихий

16. Для прогрессирующей стадии псориаза характерны все признаки, кроме

- а) розово-красного цвета высыпаний
- б) феномена Кебнера
- в) наличия вокруг элементов «псевдоатрофического» ободка Воронова
- г) шелушения в центральной части папул
- д) положительной псориатической триады

17. Типичные высыпные элементы красного плоского лишая не имеют следующие особенности:

- а) папул плоских, полигональных, красновато-сиреневого цвета
- б) вдавления в центре папул
- в) восковидного блеска
- г) преимущественной локализации на лице
- д) сетки Уикхема на поверхности папул

18. Наиболее типичная локализация высыпаний при красном плоском лишае?

- а) лицо
- б) волосистая часть головы
- в) ладони и подошвы
- г) сгибательная поверхность предплечий
- д) разгибательная поверхность предплечий

19. Какой клинический признак не характерен для разноцветного лишая?

- а) отрубевидное шелушение
- б) локализация на нижних конечностях
- в) фестончатые очертания очагов
- г) хроническое течение
- д) невоспалительные пятна

20. Излюбленная локализация высыпаний при дискоидной красной волчанке

- а) голени
- б) плечи
- в) грудь
- г) лицо
- д) спина

21. Базалиома - выберите неверное:

- а) локализация на лице, шее
- б) отличается медленным течением
- в) не дает метастазов
- г) характеризуется местнодеструктирующим действием
- д) облигатный предрак

22. Меланома, выберите неверное:

- а) возникает преимущественно на фоне пигментного невуса
- б) миграция пигмента
- в) излюбленная локализация – голова, шея
- г) характерен экзофитный рост

д) границы очага расплывчатые, правильной формы

23. При токсикодермии не встречаются морфологические элементы:

- а) пятна
- б) волдыря
- в) пузырь
- г) папулы
- д) бугорка

24. Линии Дени- Моргана определяются при:

- а) Розового лишая Жиберы
- б) Атопического дерматита
- в) Опоясывающем лишае
- г) Псориаза
- д) Склеродермии

25. Какой первичный морфологический элемент при многоформной экссудативной эритеме?

- а) узелок
- б) бугорок
- в) узел
- г) волдырь
- д) воспалительное пятно

26. Тяжелая форма многоформной экссудативной эритемы – это

- а) синдром Бехчета
- б) афтозСеттона
- в) синдром Стивенса-Джонсона
- г) синдром Шегрена
- д) синдром Розенталя

27. Какой морфологический элемент наблюдается при кожном зуде?

- а) волдыри
- б) эрозии
- в) эксфолиации
- г) везикулы
- д) папулы

28. При герпетиформном дерматите Дюринга встречаются все перечисленные морфологические элементы, кроме

- а) пузырька
- б) пузыря
- в) папулы
- г) эритемы
- д) бугорка

29. При витилиго в биоптате наблюдается:

- а) большое количество дефектныхмеланоцитов
- б) аличие сниженного количества клеток Гринштейна
- в) скопление большого количества клеток Лангерганса
- г) обычное количество меланоцитов
- д) замещение меланоцитов клетками Лангерганса

30. Шанкр-амигдалит представляет собой

- а) язву миндалина
- б) эрозию миндалина
- в) симметричный процесс
- г) увеличение миндалина плотной консистенции
- д) увеличение и гиперемия миндалина

31. Для вторичного сифилиса характерно все перечисленное, кроме

- а) отсутствия островоспалительных явлений
- б) полиморфизма высыпаний
- в) безлихорадочности высыпаний
- г) доброкачественности
- д) зуда в очагах поражения

32. На каком сроке беременности происходит инфицирование плода у больной сифилисом беременной?

- а) на 1-2 месяце
- б) на 4-5 месяце
- в) на 3 месяце
- г) на 6-7 месяце
- д) на 8-9 месяце

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

- а) обильных гнойных выделений
- б) наличия гнойных нитей в 1-й и 2-й порциях мочи
- в) болезненности при мочеиспускании
- г) гиперемии губок наружного отверстия уретры
- д) наличия гнойных нитей в 1-й порции мочи

34. Наиболее доступными для гонококков являются слизистые оболочки, выстланные

- а) многослойным плоским неороговевающим эпителием
- б) переходным эпителием
- в) многослойным плоским ороговевающим эпителием
- г) цилиндрическим эпителием
- д) кубическим эпителием

35. К клиническим симптомам СПИДа относят все, кроме:

- а) длительной субфебрильной температуры
- б) болей в эпигастральной области
- в) увеличения двух и более групп лимфатических узлов
- г) диареи
- д) потери массы тела

ЗАДАЧИ

1. Больной 65 лет, предъявляет жалобы на появление мелких черного цвета высыпаний на коже лица и верхних конечностей. Субъективные ощущения отсутствуют. Появление высыпаний ни с чем не связывает. Из анамнеза жизни известно, что пациент в течение 45 лет работал в шахте на угольных разработках. Сопутствующие заболевания: хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких, силикоз. При осмотре на коже лица и верхних конечностей обнаруживаются мелкие черного цвета высыпания, возникшие в результате внедрения мелких частичек угольной пыли в кожу. Кожные покровы вокруг высыпаний не изменены.

Дайте определение элемента сыпи. Дайте определение разновидностей первичных морфологических элементов, одним из которых является вышеописанный.

2. Больная 33 лет поступила на стационарное лечение с жалобами на высыпания в области ладоней. Субъективные ощущения: зуд. Сопутствующие заболевания отрицает. Наследственность: у бабушки больной по отцовской линии была пищевая аллергия на клубнику, проявляющаяся высыпаниями на коже в виде папулезных элементов. Считает себя больной в течение трех лет. Начало заболевания связывает с контактом с дешевым стиральным порошком, когда впервые возникли высыпания на кистях, сопровождающиеся зудом. После применения кортикостероидных мазей высыпания полностью регрессировали. В дальнейшем после стирки высыпания периодически появлялись вновь. Однако последнее обострение возникло на фоне стрессовой ситуации, контакта с порошком не было. При осмотре на гиперемированном, отечном основании наблюдаются полостные образования, размером с булавочную головку, полушаровидной формы, а также дефекты кожи ярко-розового цвета, неправильных очертаний, по периферии дефектов видны обрывки эпидермиса, на поверхности некоторых из них – слоистые элементы, легко удаляемые, пропитанные серозно-гнойным экссудатом.

Назовите первичные и вторичные морфологические элементы сыпи, которые наблюдаются у больной. Дайте определение первичным и вторичным морфологическим элементам сыпи.

Дайте определение истинного и ложного полиморфизма.

3. На прием к врачу обратилась женщина 30 лет, фотомодель, с жалобами на появление резко болезненного образования в области левого предплечья. Из анамнеза удалось выяснить, что постоянно соблюдает изнуряющие диеты для поддержания профессиональной формы. При осмотре на разгибательной поверхности левого предплечья имеется конусовидно возвышающийся узловатый инфильтрат, 2 см в диаметре, багрово-красного цвета, резко болезненный при пальпации. В окружности его кожа отечна. При пальпации в центре узла определяется флюктуация.

Назовите клинический диагноз. Что могло быть причиной развившегося заболевания?

Ваши предложения по лечению данного заболевания? В каком случае при такой локализации Вы назначите антибиотики внутрь?

4. К дерматологу обратился молодой человек, 28 лет, тренер спортивной гимнастики, с жалобами на сыпь на туловище без субъективных ощущений. Сыпи предшествовала перенесенная 2 недели назад острая респираторная вирусная инфекция, по поводу чего больной получал самостоятельно антибиотики. На фоне лечения появилось крупное яркое пятно на груди, которое было расценено участковым врачом как аллергическая реакция на лекарство. Назначены антигистаминные препараты и энтеросорбенты, однако через неделю сыпь распространилась на другие участки туловища. При осмотре: множественные пятнистые высыпания локализуются на груди, животе и спине по линиям натяжения кожи (линиям Лангера). Пятна розового цвета с желтоватым оттенком в центральной части, размером до 1 - 2 см в диаметре, округлых и овальных очертаний. Некоторые пятна имеют

более интенсивную розовую окраску по периферии, что придает им сходство с медальонами. В центре высыпаний отмечается нежная складчатость и шелушение мелкими чешуйками. На груди располагается также пятно ярко-розовой окраски, размером около 4 см в диаметре, округлых очертаний с шелушением по всей поверхности. Субъективные ощущения отсутствуют.

Ваш клинический диагноз? Какие причины способствовали развитию заболевания? Дайте рекомендации больному по лечению заболевания.

5. У пятилетнего мальчика в течение последнего месяца наблюдается очаговое поредение волос в правой височной области. При осмотре выявляются «плешины» округлых очертаний, с тенденцией к центробежному росту, волосы в них обломаны, на поверхности очагов поражения отмечается средне- и мелкопластинчатое шелушение, лёгкая гиперемия.

Поставьте предположительный клинический диагноз, уточните анамнез.

Рекомендуйте обследование и лечение ребёнка.

Предложите профилактику заболевания.

6. Больной, 43 лет, обратился к дерматологу с жалобами на наличие на коже волосистой части головы очагов поражения, покрытых перхотью. Болен около 5 лет. Лечился различными шампунями с кратковременным эффектом. Летом отмечает значительное улучшение, особенно после пребывания на юге. При осмотре: на коже волосистой части головы с переходом на кожу лба расположены крупные инфильтрированные бляшки сочного розово-красного цвета, с четкими границами и неправильными очертаниями, покрытые большим количеством белесоватых, с желтым оттенком, легко отпадающих чешуек. Кроме того, на разгибательных поверхностях локтей также имеются инфильтрированные бляшки бледно-розового цвета, размером до 3 см в диаметре, с серебристо-белыми чешуйками, занимающими всю поверхность. Субъективно: периодический зуд волосистой части головы.

Ваш предположительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы исследования следует провести? Перечислите все методы лечения данного заболевания.

7. На прием к дерматологу пришел мужчина 29 лет с жалобами на повышенную сальность кожи головы, лица, груди, которая появилась уже в юношеском возрасте. Последнее время отмечает значительное усиление сальности, присоединилось выпадение волос. Из анамнеза: любит острую, пряную пищу, сладости. Много курит, часто употребляет алкогольные напитки. Работа связана с нервно-психическими перегрузками.

Данные осмотра: кожа лица, особенно Т-образной зоны, повышенной сальности, блестит, утолщенная, тусклая, с сероватым оттенком, пористая, на носу многочисленные комедоны. Кожа верхней части груди и головы также жирная, волосы тонкие, при “щипковой пробе” удалось получить 6 волос.

Ваш предполагаемый диагноз? Какое обследование Вы считаете необходимым? Тактика лечения (общего и местного); рекомендации по уходу за кожей, при необходимости рацион питания, режим мытья? Меры профилактики?

8. К Вам обратился больной, 29 лет, с жалобами на зудящие высыпания, которые появились 2 недели назад на месте кошачьих царапин. В течение недели сыпь распространилась на другие места. Лечился самостоятельно кортикостероидными мазями с незначительным эффектом. Работает охранником (работа связана с постоянным нервным перенапряжением). За последний год неоднократно болел различными острыми респираторными вирусными заболеваниями. По совету терапевта провел иммунологические исследования, которые выявили снижение общего количества Т-лимфоцитов и увеличение иммунорегуляторного индекса Т-хелперов/Т-супрессоров. При осмотре: на передней поверхности пред-

плечий и голеней имеются розовато-сиреневые мелкие папулы, диаметром 2 - 5 мм, блестящие при боковом освещении, в центре некоторых - пупковидное вдавление. На передней поверхности голеней папулы сгруппированы в небольшие бляшки полигональных очертаний с беловато-серыми полосками и точками на поверхности. На тыле кистей на месте кошачих царапин папулы располагаются линейно. Субъективно: беспокоит выраженный зуд.

Наиболее вероятный клинический диагноз? Какие диагностические феномены, которые описаны в задаче, помогают в постановке диагноза? Какие факторы имели значение в развитии данного заболевания? Подберите эффективные методы лечения.

9. На прием обратился больной 50 лет, строитель, с жалобами на высыпания на лице, очаги облысения на голове. Болен четыре года. Начало заболевания связывает с частыми ангинами. Процесс на лице обостряется в летнее время, носит прогрессирующий характер. При осмотре: на коже щек, ушных раковин располагаются эритематозные очаги, резко отграниченные от окружающей кожи, округлых очертаний, покрытые серовато-белыми, сухими, плотно сидящими чешуйками. При насильственном удалении на нижней поверхности чешуек отмечаются шипообразные выступы, приуроченные к расширенным фолликулам кожи. На некоторых бляшках со слабо выраженным шелушением видны роговые пробокочки в виде серовато-белых точек, закрывающих устья фолликулов. На волосистой части головы в теменной области имеются два небольших очага поражения округлых очертаний, в центре их — гладкий, слегка синюшный нежный участок рубцовой атрофии, вокруг него — ободок плотно прилегающих бело-серых чешуек и снаружи узкий венчик гиперемии; волосы в очагах отсутствуют. Субъективно: болезненность при насильственном удалении чешуек с очагов поражения.

Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

Отметьте главные клинические признаки данного дерматоза. Наметьте план лечения, мероприятия по профилактике рецидивов заболевания

10. На прием к дерматологу обратилась молодая женщина, 25 лет, с жалобами на зудящие высыпания в области лобка, которые появились через несколько дней после полового акта со своим партнером. При осмотре: на коже в области лобка и гениталий определяются множественные серовато-бурые точки у корня волос, мелкие беловатые, очень плотные гниды, а также серовато-голубоватые пятна, округлых очертаний, диаметром до 1 см. Ваш клинический диагноз? Как можно его подтвердить? Назовите все существующие средства для лечения заболевания. В чем заключается профилактика?

11. В диспансер обратилась женщина с жалобами на высыпания на лице, появившиеся 3 месяца назад. Объективно: на левой щеке имеется очаг неправильной формы в виде бляшки, образованной из бугорков, размером от булавочной головки до горошины красновато-коричневого и желтовато-бурого цвета, мягкой консистенции, с гладкой, слегка блестящей поверхностью. Бугорки сливаются, но бляшка не возвышается над поверхностью кожи, в центре имеются плоские, нежные рубцы, напоминающие папиросную бумагу. Какие исследования необходимо провести для установки диагноза? Лечебная тактика?

12. Больная 37 лет обратилась к дерматологу с жалобами на высыпания на коже живота, спины, поясничной области. Больна в течение 3-4 лет. Точно вспомнить, когда заметила первые проявления заболевания, не может. Впервые обратила внимание на появление розоватых, округлых пятен на коже живота случайно, во время принятия ванны. Поскольку никаких субъективных ощущений не было, больная к врачу не обращалась и не придавала значения наличию данных очагов. Год назад появилось чувство стягивания кожи как в области высыпаний на животе, так и в поясничной области и на спине. Отмечает, что цвет высыпаний на животе изменился, они стали желтоватой окраски и плотные при пальпа-

пии. Аналогичные высыпания отметила и на спине. При осмотре: на коже боковых поверхностей средней трети живота, в поясничной области, а также на коже спины в подлопаточной области слева отмечаются бляшки желтовато-белого цвета с блестящей поверхностью, напоминающей слоновую кость, с четкими границами, округлых и овальных очертаний. Рост волос на бляшках отсутствует, кожный рисунок сглажен. В центре бляшек на коже живота отмечается западение (поверхностная атрофия), а вокруг бляшек в области поясницы имеется сиреневатого цвета ободок. При пальпации бляшки плотноватые, кожа в складку не собирается. Субъективно: чувство стягивания кожи, отсутствие чувствительности (болевой и тактильной) в очагах. Диагноз и его обоснование. План клинического и лабораторного обследования Лечение и его обоснование. Профилактика рецидивов.

13. У больной 35 лет на коже боковой поверхности шеи имеется очаг в виде плотной конусообразной роговой массы длиной 1.5 см, напоминающий рог. Диаметр основания 0.4-0.5 см. По словам больной, данный очаг существует 3 года, медленно увеличиваясь в размерах. Неоднократные попытки удалить роговые массы с помощью салицилово-молочной мази не увенчались успехом.

Какое заболевание можно предполагать у больной?

На чем основывается диагностика данного заболевания?

Ваши предположения по лечению больной?

14. К Вам обратилась больная 24 лет, медицинская сестра, с жалобами на высыпания и зуд кожи кистей. По ее наблюдениям, высыпания появляются всякий раз после того, как ей приходится готовить раствор фурацилина. После прекращения контакта с этим препаратом сыпь и зуд быстро исчезают. При осмотре на коже кистей - разлитая гиперемия и отечность, множество мелких пузырьков и эрозий. Субъективно: слабый зуд, жжение.

Поставьте предположительный диагноз. Каковы пути уточнения диагноза? Наметьте основные лечебные мероприятия. Какова профилактика рецидивов?

15. Больная, 30 лет, поступила на стационарное лечение с жалобами на распространенные высыпания в области лица, волосистой части головы, груди, верхней половины спины. Субъективные ощущения: общая слабость, чувство недомогания. Впервые 3 недели назад отметила появление пузырей, которые вскрывались, образуя эрозии. Начало заболевания ни с чем не связывала.

При осмотре на коже лица, волосистой части головы, спине, груди на эритематозном фоне располагались единичные пузыри небольших размеров с тонкой, дряблой покрывкой; эрозии розово-красного цвета, с обильным серозным отделяемым; тонкие пластинчатые корки, напоминающие листы бумаги. Симптом Никольского резко выражен не только в области высыпаний, но и на клинически неизменной коже.

Предположительный диагноз? Лабораторные методы, подтверждающие диагноз? Каковы причины быстрой трансформации пузырей в эрозии? Объясните механизм феномена Никольского. Прогноз заболевания при отсутствии адекватного лечения?

16. На прием к врачу обратился пациент 18 лет, с жалобами на «потертость» на головке полового члена. При осмотре на головке полового члена выявлена эрозия до 1 см в диаметре, в основании которой пальпируется плотный безболезненный листовидный инфильтрат. Отмечается правосторонний лимфаденит. При исследовании крови: МР – 3+, ИФА – 4+, РПГА – 3+.

Ваш диагноз и тактика лечения, учитывая, что у пациента имеется непереносимость антибиотиков пенициллинового ряда?

17. У недоношенного новорожденного от второй беременности кожа морщинистая, дряблая, грязно-желтого оттенка. Голова увеличена, с заметно выраженной венозной сетью, кожа местами покрыта себорейными чешуйками. Ребенок беспокоен, плохо спит, иногда издает резкий, пронзительный крик. Первая беременность и роды без патологии, старший сын здоров.

Ваш предположительный клинический диагноз. Неотложная тактика обследования матери и ребенка.

18. После лечения свежего острого гонорейного уретрита пациент был однократно обследован для установления излеченности. В мазке из уретры возбудитель обнаружен не был, что послужило основанием для снятия его с учета. Через 4 месяца больной вновь обратился к врачу с жалобами на гнойные выделения из уретры, неприятные ощущения при мочеиспускании, сопровождающиеся болями в области промежности. В результате обследования был диагностирован гонорейный уретропростатит.

Что явилось причиной его развития? Оцените критически действия врача. Какие критерии должны соблюдаться при установлении излеченности уретрита, обусловленного ИППП?

19. Пациент обратился в КВД в связи с тем, что у его постоянной половой партнерши при обследовании у гинеколога по поводу аднексита была выявлена хламидийная инфекция. При осмотре симптомов уретрита не выявлено, субъективных ощущений также отсутствуют.

Какой должна быть тактика обследования и ведения пациента? В чем заключается особенность ведения больных, страдающих хламидиозом?

20. У женщины, обратившейся к гинекологу, правая большая половая губа увеличена в размерах, при надавливании следа от вдавливания не остается, безболезненная, цвет кожи синюшный. Паховые лимфатические узлы с двух сторон 2,0 x 1,5 см, подвижные, безболезненные. В анамнезе – беспорядочная половая жизнь. При исследовании крови КСР – отрицательные. Ваш предположительный диагноз? Дальнейшая тактика?

ФОТОГАЛЕРЕЯ

Рис. к занятию №2
Чесотка



Стрептодермия



Опоясывающий герпес



Рис. к занятию №3

Отрубевидный лишай



Рубромикоз



Онихомикоз



Кандидоз



Микроспория



Рис. к занятию №4

Псориаз ладонно-подошвенный



Псориаз вульгарный



Красный плоский лишай



Рис. к занятию №5

Дискоидная красная волчанка



Склеродермия



Рис. к занятию №6

Токсикодермия



Микробная экзема



Некротическая экзема



Рис. к занятию №7

Герпетический дерматит Дюринга



Синдром Стивенса-Джонсона



Рис. к занятию №8

Сифилис



**Обязательный минимум практических навыков в соответствии с компетенциями
для студентов медико-профилактического факультета**

Дерматовенерология

№ п/п	Название манипуляций и вида деятельности	Уровень освоения
1.	Собрать анамнез у больного кожным и венерическим заболеванием	
2.	Осмотреть кожу, волосы, ногти, слизистые оболочки, красную кайму губ у взрослых и детей	
3.	Клинически определять первичные и вторичные морфологические элементы на коже, губах и слизистой оболочке полости рта	
4.	Определять по вторичным морфологическим элементам предшествовавшие им первичные морфологические элементы кожной сыпи	
5.	Описывать клиническую картину поражения кожи и слизистой оболочки полости рта у взрослых	
6.	Составить амбулаторную историю болезни взрослого больного в том числе и с высыпаниями на слизистой оболочке полости рта и губах	
7.	Диагностировать заболевания, составлять план лечения и вторичной профилактики больных с дерматозами, при которых врач-профпатолог должен восстанавливать здоровье пациента или оказать ему первую помощь.	
8.	Предположить у больного заболевания, при которых студент медико-профилактического факультета должен поставить предварительный диагноз, оказать первую помощь, направить к специалисту на лечение	
9.	Выписывать рецепты препаратов на основные лекарственные формы для общего и наружного применения	
10.	Применять наружные лекарственные формы при различных дерматозах, работать в перевязочной	
11.	Определять дермографизм	
12.	Вызывать псориатические феномены	
13.	Оценивать изоморфную реакцию Кёбнера	
14.	Пользоваться лампой Вуда для диагностики микроспории и дифференциальной диагностики красной волчанки и красного плоского лишая на красной кайме губ	
15.	Брать мазки-отпечатки и распознавать акантолитические клетки	
16.	Определять симптом Никольского	
17.	Взять патологический материал для выявления чесоточного клеща, патогенных грибов и гонококков	
18.	Удалять элементы заразительного (контагиозного) моллюска	
19.	Заполнять экстренное извещение на больных с заразными кожными и венерическими заболеваниями	
20.	Проводить дезинфекцию рук и инструментов при работе с больными заразными кожными и венерическими заболеваниями	

Примечание: предусматривается три уровня усвоения материала.

1-й уровень (+) – имеет представление, умеет объяснить манипуляцию;

2-й уровень (++) – выполнял манипуляцию под контролем преподавателя;

3-й уровень (+++) – самостоятельное выполнение манипуляции

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К ИТОГОВОМУ ЗАНЯТИЮ ДЛЯ СТУДЕНТОВ
IV КУРСА МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ».**

1. Акне
2. Буллезный пемфигоид Лёвэра
3. Витилиго.
4. Герпетиформный дерматит Дюринга
5. Гнездная плешивость.
6. Дерматиты. Токсикодермии. Атопический дерматит.
7. Диссеминированные формы туберкулеза кожи
8. Истинные акантолитические пузырьчатки
9. Кератомикозы. Псевдомикозы.
10. Кожный зуд. Крапивница.
11. Кожный лейшманиоз.
12. Красная волчанка.
13. Красный плоский лишай.
14. Лепра.
15. Лечение грибковых заболеваний кожи
16. Лечение пиодермий
17. Локализованные формы туберкулеза кожи
18. Микроспория.
19. Многоформная экссудативная эритема. Синдром Стивенса-Джонса.
20. Пиодермии новорожденных
21. Псориаз
22. Розовый лишай Жибера.
23. Рубромикоз.
24. Рубцующийся пемфигоид
25. Себорея. Розацеа
26. Склеродермия.
27. Смешанные стрепто-стафилококковые пиодермии.
28. Стафилодермии.
29. Стрептодермии.
30. Трихофития.
31. Фавус.
32. Чесотка, педикулез.
33. Экзема
34. Эпидермофития
35. Атипичные формы первичной сифиломы. Скрытые шанкры.
36. Бугорковый сифилид.
37. Возбудитель сифилиса. Методы прямой визуализации бледной трепонемы.
38. Врожденный сифилис раннего детского возраста.
39. Гуммозный сифилид.
40. Иммуитет при сифилисе. Понятие о суперинфекции и реинфекции. Трансфузионный сифилис.
41. История возникновения сифилиса.
42. Критерии излеченности сифилиса.
43. Лечение беременных больных сифилисом.
44. Лечение больных поздними формами сифилиса.
45. Лечение больных ранними формами сифилиса.
46. Лечение врожденного сифилиса.
47. Ложноположительные серологические реакции. Классификация. Причины.

48. Нейросифилис.
49. Общие и локальные симптомы, встречающиеся при раннем врожденном сифилисе и других инфекциях
50. Осложнения первичной сифиломы.
51. Папулезный сифилид
52. Пенициллины и его дюрантные препараты в терапии больных сифилисом.
53. Первичная сифилома, дифференциальная диагностика, клинические особенности в зависимости от локализации.
54. Периодизация течения нелеченного сифилиса.
55. Поздний врожденный сифилис, вероятные признаки
56. Поздний врожденный сифилис, достоверные признаки
57. Поздний врожденный сифилис, стигмы
58. Поражение внутренних органов при третичном сифилисе
59. Поражение волос при сифилисе. Сифилитическая лейкодерма.
60. Поражение костей и суставов при сифилисе.
61. Поражение слизистых оболочек в третичном периоде сифилиса.
62. Превентивное лечение при сифилисе.
63. Профилактическое лечение при сифилисе.
64. Проявления сифилиса, встречающиеся при раннем врожденном и приобретенном сифилисе
65. Пустулезный сифилид.
66. Пути передачи сифилиса потомству. Сифилис плаценты, плода.
67. Ранний врожденный сифилис, патогномичные признаки
68. Розеолезный сифилид
69. Серорезистентность.
70. Сифилиды слизистой полости рта во вторичном периоде сифилиса.
71. Сифилиды слизистой полости рта, и зева в первичном периодах сифилиса.
72. Скрытый сифилис. Классификация. Диагностика.
73. Специфические трепонемные тесты для диагностики сифилиса.
74. Нетрепонемные тесты для диагностики сифилиса.
75. Бактериальный вагиноз. Этиология, патогенез, классификация.
76. Генитальный герпес. Этиология, патогенез, классификация
77. Гоноофтальмобленорея
78. Гонорейный простатит
79. Гонорея (этиология, эпидемиологические особенности, патогенез, классификация)
80. Гонорея женщин
81. Гонорея у детей (клинические особенности, диагностика, лечение)
82. Диагностика гонореи
83. Диагностика и лечение бактериального вагиноза
84. Диагностика и лечение генитального герпеса
85. Диагностика и лечение папилломавирусной инфекции
86. Диагностика и лечение урогенитального хламидиоза
87. Диагностика и лечение урогенитального кандидоза.
88. Диагностика и лечение урогенитального микоплазмоза
89. Диагностика, лечение, профилактика урогенитального трихомониаза.
90. Диссеминированная гонококковая инфекция
91. Дифференциальный диагноз гонококковых и негонококковых уретритов
92. Клиническая картина урогенитального хламидиоза
93. Клинические особенности генитального герпеса
94. Лабораторная диагностика ИППП.
95. Лечение гонореи
96. Местное лечение гонореи и др. инфекций передающихся половым путем

97. Урогенитальные заболевания, вызванные *Ureaplasmaspp.*, *Mycoplasma hominis*. Классификация. клиническая картина. Диагностика. Лечение.
98. Осложнения гонореи
99. Особенности клиники диагностики и лечения ИППП у беременных
100. Острая гонорея мужчин
101. Папилломавирусная инфекция. Этиология, эпидемиологические особенности, классификация.
102. Патология кожи и слизистых при ВИЧ инфекции
103. Препараты выбора для лечения инфекций передающихся половым путем
104. Профилактика ИППП
105. Сравнительный анализ специфичности и чувствительности различных методов в диагностике возбудителей урогенитальных инфекций.
106. Урогенитальный кандидоз. Этиология, патогенез, классификация.
107. Урогенитальные заболевания, вызванные *Mycoplasma genitalium*. Классификация. клиническая картина. Диагностика. Лечение.
108. Урогенитальный трихомониаз. Этиология, патогенез, классификация.
109. Урогенитальный хламидиоз. Этиология, эпидемиология, патогенез
110. Формы и особенности клинической картины трихомониаза
111. Формы и особенности клинической картины урогенитального кандидоза
112. Хроническая гонорея мужчин
113. Болезнь Рейтера. Патогенез. Клиника. Диагностика

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Кочергина Н.Г., Олисова О.Ю. Клиническая хрестоматия по детской дерматологии / Практическая медицина, - 2016. – 128 с.
2. Соколова Т.В., Гладько В.В., Сафонова Л.А. Практические навыки в дерматовенерологии. Справочник для врачей / М: МИА (Медицинское информационное агентство), 2016. – 176 с.

Дополнительная литература

1. Борк К., Бройнингер В. Болезни кожи. Диагностика и лечение. Атлас и руководство. / Под ред. В.П. Адашкевича. // Медицинская литература - 2001. – 304 с.
2. Гольцов С. В.. Дерматовенерология. Наблюдения в фотографиях. / Под ред. Фицпатрика в клинической практике в 3 томах // М.:«ОСОБАЯ КНИГА». - 2013. – 368 с.
3. Дан Клаттербак. Инфекции, передающиеся половым путем, и ВИЧ. / Перевод с англ. под ред. В.В. Покровского, Н.Н. Потекаева, - Практическая медицина. - 2013. – 272с.

Литература, использованная составителями

1. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание. / Под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. // М. : ГЭОТАР-Медиа, - 2013. — 896 с.
2. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. / М.: Деловой экспресс, - 2016. — 768 с
3. Потекаев Н.Н., Акимов В.Г. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней. / ГЭОТАР-Медиа, - 2016. – 456 с.
4. Романенко И.М., Кулага В.В., Афонин С.Л. Лечение кожных и венерических болезней. Руководство в 2 томах. / М: МИА (Медицинское информационное агентство), - 2015. – 1792 с.
5. Кубанов А.А. Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. Атлас. / Литтерра, - 2016. – 392 с.
6. Хэбиф Т.П., Кэмпбелл мл. Дж.Л., Чэпман М.Ш., Динулос Дж.Г.Х., Зуг К.А. Справочник по дифференциальной диагностике. / Пер. с англ.: Дерматология. // МЕДпресс-информ, - 2014. – 350 с.