

Индивидуальный предприниматель Миченко Анна Валентиновна
502912737705 ОГРНИП 318774600009052
117513, г. Москва, Ленинский проспект, д. 127, кв. 20

УТВЕРЖДЕНО

Приказом № 1 от 01.06.2024 г.
ИП Миченко А.В.



/Миченко А.В.

**Дополнительная общеобразовательная программа - дополнительная
общеразвивающая программа**

Естественнонаучной направленности

**Название программы
“Дерматоскопия”**

Трудоемкость программы: 72 ак.ч, 5 месяцев

Возраст обучающихся: от 18 лет и старше

Форма обучения: заочная с применением исключительно электронного обучения и дистанционных образовательных технологий (далее - ДОТ).

Авторы программы: А.В. Миченко

Москва 2024

СОДЕРЖАНИЕ

1. Пояснительная записка	3
2. Планируемые результаты освоения программы	5
3. Учебный план	7
4. Календарный учебный график	8
5. Рабочая программа «Модуль 1. Физические основы, правила проведения и техники дерматоскопии»	10
6. Рабочая программа «Модуль 2. Дерматоскопические признаки доброкачественных меланоцитарных новообразований »	14
7. Рабочая программа «Модуль 3. Дерматоскопические признаки немеланоцитарных доброкачественных новообразований»	21
8. Рабочая программа «Модуль 4. Дерматоскопические признаки немеланоцитарных злокачественных новообразований и преканкрозов. Терминология Г. Киттлера»	26
9. Рабочая программа «Модуль 5. Дерматоскопические признаки меланомы»	31
10. Рабочая программа «Модуль 6. Возрастные особенности новообразований кожи»	35
11. Рабочая программа «Модуль 7. Особенности дерматоскопических характеристик новообразований кожи в разных анатомических зонах»	39
12. Рабочая программа «Модуль 8. Тактика ведения пациентов»	42
13. Рабочая программа «Модуль 9. Дерматоскопические признаки распространенных дерматозов»	45
14. Рабочая программа «Модуль 10. Методы деструкции новообразований и получения биоптата кожи»	48
15. Организационно-педагогические условия реализации образовательной программы	51
16. Оценка качества освоения программы	52
17. Информационное обеспечение реализации программы	68

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

1.1. Нормативные правовые основания разработки программы:

Дополнительная общеобразовательная программа - дополнительная общеразвивающая программа естественнонаучной направленности “Дерматоскопия” (далее - образовательная программа) разработана на основании:

- 1) Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ “Об образовании в Российской Федерации”;
- 2) Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.11.2015 № 09-3242 “Методическими рекомендациями по проектированию дополнительных общеразвивающих программ”.
- 3) Приказа Минздрава России от 03.08.2012 N 66н "Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях" (Зарегистрировано в Минюсте России 04.09.2012 N 25359);
- 4) Приказа Минздрава Российской Федерации от 08.10.2015 № 707н “Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки “Здравоохранение и медицинские науки””;
- 5) Приказ Минтруда России от 14.03.2018 N 142н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-дерматовенеролог" (Зарегистрировано в Минюсте России 05.04.2018 N 50641).

1.2. Содержание программы представлено в пояснительной записке, планируемых результатах освоения программы, учебном плане, календарном учебном графике, рабочих программах учебных дисциплин, организационно-педагогических и материально-технических условиях реализации программы, учебно-методических материалах, обеспечивающими реализацию программы.

1.3. Направленность программы заключается в изучении основ дерматоскопии, основных подходов к анализу дерматоскопической картины новообразований кожи и принципов дерматоскопической диагностики.

1.4. Актуальность и новизна образовательной программы:

Актуальность данной образовательной программы определяется растущим интересом людей к пониманию здоровья кожи и методам его оценки. Программа предлагает расширение кругозора в области дерматологии и онкологии кожи. Обучение включает в теоретические знания и интерактивные задания, позволяющие обучающимся понять принципы визуальной диагностики кожных заболеваний.

1.5. Цель образовательной программы состоит в приобретении навыков ранней диагностики рака кожи с помощью неинвазивного инструментального метода визуальной оценки поверхности кожи с использованием оптических приборов (дерматоскопов).

1.6. Задачи образовательной программы:

- познакомить обучающихся с физическими основами дерматоскопии, развивая их интерес к научным основам медицинских технологий.
- сформировать общее представление о различных типах кожных новообразований и их дерматоскопических признаках, повышая осведомленность о разнообразии состояний кожи.

- развить у обучающихся навыки визуального распознавания основных дерматоскопических паттернов.
- объяснить влияние возраста и анатомического расположения на характеристики кожи.
- сформировать общее представление о подходах к ведению пациентов с кожными заболеваниями.

1.7. Категории обучающихся - лица от 18 лет, имеющие высшее профессиональное образование по одной из специальностей: “Лечебное дело”, “Педиатрия”, а также подготовка в ординатуре по дерматологии/ онкологии / хирургии / терапии / семейной медицине.

1.8. Форма обучения: заочная форма обучения с применением исключительно дистанционных образовательных технологий (далее - ДОТ).

Дистанционные образовательные технологии, используемые для организации учебного процесса:

Образовательная программа осуществляется с применением исключительно электронного обучения, дистанционных образовательных технологий, обеспечивающих условия для функционирования электронной информационно-образовательной среды, включающей в себя электронные образовательные ресурсы, совокупность информационных технологий, телекоммуникационных технологий, соответствующих технологических средств и обеспечивающей освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся.

1.8. Режим занятий: 1,5-2 академических часа в день. Обучение по программе предусматривает следующие виды учебных занятий: теоретические занятия, практические занятия, самостоятельная работа. Часы самостоятельной работы используются для выполнения заданий, размещенных в системе дистанционного обучения «Getcourse». Для всех видов занятий академический час устанавливается продолжительностью 45 минут.

1.9. Продолжительность (трудоемкость) обучения: Срок освоения программы составляет 5 месяцев (72 академических часа). Предусматривается возможность обучения по индивидуальному учебному плану (графику обучения) в пределах осваиваемой программы обучения.

1.10. Итоговая аттестация обучающегося проводится в форме выпускного тестирования.

Лицам, успешно освоившим программу и прошедшим итоговую аттестацию, выдается сертификат, подтверждающий прохождение дополнительной общеобразовательной программы - дополнительной общеразвивающей программы “Дерматоскопия”.

ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ

В процессе освоения дополнительной общеобразовательной программы - дополнительной общеразвивающей программы “Дерматоскопия” у обучающихся должны сформироваться следующие знания, умения и компетенции:

Знания	Умения
<ul style="list-style-type: none"> - Основные понятия дерматоскопии. - Нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере охраны здоровья, регулирующие деятельность медицинских организаций и медицинских работников и правила проведения дерматоскопического исследования. - Методика сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя). -Этиология и патогенез доброкачественных и злокачественных новообразований кожи; -Клинические проявления доброкачественных и злокачественных новообразований; - Патоморфологические изменения кожи при доброкачественном и злокачественных новообразованиях кожи. - Современные методы диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований кожи. - Основы и принципы проведения дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований кожи. - Принципы лечения доброкачественных и злокачественных новообразований кожи. - Медицинские показания к оказанию медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара. - Методы деструкции новообразований и получения биоптата кожи. - Основы и принципы модельного анализа. - ABCD-правила дерматоскопической диагностики меланомы кожи. - Правила трех признаков. - Алгоритм диагностики меланомы проф. Дж. Арджензиано. -Алгоритм Мензеса. - CASH-алгоритм. - BLINK-алгоритм. - Скрининговый алгоритм "хаос и признаки". -Метод слона. 	<ul style="list-style-type: none"> -Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) и анализировать полученную информацию. -Проводить систематизированное воспроизводимое клиническое дерматологическое обследование пациента. -Различать дерматоскопические структуры, характерные для меланоцитарных новообразований. -Распознавать дерматоскопические структуры, характерные для себорейного кератоза. -Отличать лентиго и гемангиомы от других новообразований кожи. -Отличать базалиомы от других новообразований кожи. -Диагностировать болезни Бовена и эритроплазии Кейра. -Применять все основные алгоритмы диагностики меланомы кожи. -Проводить визуальное инструментальное обследование пациентов в детском и пожилом возрасте. -Дифференцировать доброкачественные пигментные новообразования и меланоз слизистых от меланомы слизистых оболочек. - Описывать дерматоскопические изображений акральные новообразований -Диагностировать новообразования, расположенные на коже волосистой части головы. -Определять тактику ведения пациента с учетом выявленных факторов риска.

- Критерии диагностики меланомы IN SITU.
- Ключевые аспекты диагностики и ведения меланоцитарных новообразований в детском возрасте.
- Особенности диагностики новообразований кожи в пожилом возрасте.
- Особенности анатомии кожи ладоней и подошв.
- Особенности дерматоскопических структур в области ладоней и подошв.
- Типы и дерматоскопические характеристики меланоцитарных и немеланоцитарных новообразований на коже волосистой части головы.
- Принципы дифференциации продольной меланонихии меланоцитарного и немеланоцитарного генеза.
- Правила диагностики меланомы ногтевого аппарата.
- Правила оформления заключения по результатам дерматоскопического исследования.
- Факторы риска развития меланомы.

УЧЕБНЫЙ ПЛАН
дополнительной общеобразовательной программы - дополнительной
общеразвивающей программы “Дерматоскопия”

№ п/п	Название дисциплин (модулей, уроков)	Всего часов	В том числе		
			Теоретические занятия	Практ. занятия	Самостоятельная работа
1	2	3	4	5	6
1	Модуль 1 Физические основы, правила проведения и техники дерматоскопии	5,5	1,9	-	3,6
2	Модуль 2 Дерматоскопические признаки доброкачественных меланоцитарных новообразований	9	2,2	3,2	3,6
3	Модуль 3 Дерматоскопические признаки немеланоцитарных доброкачественных новообразований	7,5	1,5	3,8	2,2
4	Модуль 4 Дерматоскопические признаки немеланоцитарных злокачественных новообразований и преинвазивных. Терминология Г. Киттлера	10	1,5	6	2,5
5	Модуль 5 Дерматоскопические признаки меланомы	9,5	2,2	4	3,3
6	Модуль 6 Возрастные особенности новообразований кожи	6	2	2,5	1,5
7	Модуль 7 Особенности дерматоскопических характеристик новообразований кожи в разных анатомических зонах	5	1,5	-	3,5
8	Модуль 8 Тактика ведения пациентов	4	1	0,5	2,5
9	Модуль 9 Дерматоскопические признаки распространенных дерматозов	6	1,7	1,6	2,7
10	Модуль 10 Методы деструкции новообразований и получения биоптата кожи	8	2,7	-	5,3
11	Выпускное тестирование	1,5	-	-	1,5
12	Итого:			72	

КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

№ п/п	Наименование учебных курсов, дисциплин (модулей)	Виды учебной нагрузки	1	2	3	4	5	6	7	8	всего часов
			неделя								
			9	10	11	12	13	14	15	16	
			17	18	19	20	21				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Модуль 1 Физические основы, правила проведения и техники дерматоскопии	теория	1,9								5,5
		сам. работа	1,1	2,5							
2.	Модуль 2 Дерматоскопические признаки доброкачественных меланоцитарных новообразований	теория		2,2							9
		практика			3,2						
		сам. работа				3,6					
3.	Модуль 3 Дерматоскопические признаки немеланоцитарных доброкачественных новообразований	теория					1,5				7,5
		практика					1,5	2,3			
		сам. работа						1	1,2		
4.	Модуль 4 Дерматоскопические признаки злокачественных новообразований и преинвазивных. Терминология Г. Киттлера	теория								1,5	10
		практика	4							2	
		сам. работа		2,5							
5.	Модуль 5 Дерматоскопические признаки меланомы	теория		1,2	1						9,5

		практика				4					
		сам. работа					3,3				
6.	Модуль 6 Возрастные особенности кожи	теория					2				6
		практика						2,5			
		сам. работа							1,5		
7.	Модуль 7 Особенности дерматоскопических характеристик новообразований кожи в разных анатомических зонах	теория							1,5		5
		сам. работа								3,5	
8.	Модуль 8 Тактика ведения пациентов	теория								1	4
		практика	0,5								
		сам. работа	2,5								
9.	Модуль 9 Дерматоскопические признаки распространенных дерматозов	теория		1,7							6
		практика		1,6							
		сам. работа			2,7						
10.	Модуль 10 Методы деструкции новообразований и получения биоптата кожи	теория				2,7					8
		сам. работа					2	1,5	1,8		
11.	Выпускное тестирование									1,5	
12.	Всего часов										72

Индивидуальный предприниматель Миченко Анна Валентиновна
502912737705 ОГРНИП 318774600009052
117513, г. Москва, Ленинский проспект, д. 127, кв. 20

УТВЕРЖДЕНО

Приказом № 1 от 01.06.2024 г.

ИП Миченко А.В.



/Миченко А.В.

**Рабочая программа учебной дисциплины
“Физические основы, правила проведения и техники дерматоскопии”**

Москва 2024

1. Цель дисциплины “Физические основы, правила проведения и техники дерматоскопии” - освоение информации и формирование практических навыков необходимых для дерматоскопического обследования пациента с новообразованиями и заболеваниями кожи; освоение семиотики дерматоскопии необходимой для изучения и практического применения методики.

2. Задачи дисциплины:

- Изучить особенности клинического дерматологического обследования пациентов с новообразованиями кожи.
- Сформировать знания по структуре описания локального статуса высыпаний у пациента и дерматоскопической терминологии.
- Систематизировать информацию о правилах клинического дерматологического обследования пациента с новообразованиями кожи;
- Обучить различным техникам проведения дерматоскопического исследования.

3. Планируемые результаты освоения дисциплины

Знания	Умения
Понятия дерматоскопии. Методика сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя)	Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) и анализировать полученную информацию Проводить систематизированное воспроизводимое клиническое дерматологическое обследование пациента.

4. Содержание рабочей программы

Дисциплина “Физические основы дерматоскопии” включает в себя включает в себя 1,9 академических часа теоретических занятий, 3,6 академических часов самостоятельной работы. Общая трудоемкость дисциплины составляет 5,5 академических часов.

№	Наименование дисциплин (модулей), тем	Общая трудоемкость, час	Всего часов		
			Теорет. занятия	Практ. занятия	Самост. работа
1.	Физические основы, правила проведения и техники дерматоскопии	5,5	1,9	-	3,6
1.1.	Особенности клинического дерматологического обследования пациентов с новообразованиями кожи	1,3	0,5	-	0,8
1.2.	Основные принципы описания локального статуса	1	0,3	-	0,7
1.3.	Правила проведения дерматоскопического исследования	0,6	0,4	-	0,2
1.4.	Физические основы дерматоскопии	0,9	0,7		0,2
1.5.	Техники получения дерматоскопических снимков	1,7	-	-	1,7

Самостоятельная работа № 1 к уроку № 1 “Особенности клинического дерматологического обследования пациентов с новообразованиями кожи”: Выполнить тестовое задание к уроку. Тест считается пройденным, если вы ответили на все вопросы.

1. Подозрение на наличие злокачественного новообразования у пациента вызывают ВСЕ перечисленные клинические признаки КРОМЕ.

Варианты ответов:

- 1) увеличение региональных лимфатических узлов;
- 2) выраженная слабость;
- 3) снижение массы тела;
- 4) увеличение массы тела.**

2. Сравнение новообразования у пациента со остальными имеющимися новообразованиями позволяет.

Варианты ответов:

- 1) определить доминирующую модель строения новообразований у пациента;
- 2) выявить новообразования с симптомом “гадкого утенка”;
- 3) повысить точность диагностики меланоцитарных новообразований;
- 4) все перечисленное верно.**

3. Зуд в области новообразования свидетельствует о.

Варианты ответов:

- 1) росте новообразований;**
- 2) злокачественной трансформации новообразования.

4. Как влияет использование ультрафиолетовых ламп в ногтевом сервисе на заболеваемость акральная меланомой?

Варианты ответов:

- 1) повышает;
- 2) понижает;
- 3) данных недостаточно.**

5. Полный осмотр кожного покрова обязательно проводить пациентам.

Варианты ответов:

- 1) с множественными меланоцитарными новообразованиями;
- 2) с признаками фотоповреждения кожи;
- 3) со злокачественными опухолями кожи в анамнезе;
- 4) все перечисленное верно.**

Самостоятельная работа № 2 к уроку № 2 “Основные принципы описания локального статуса”

1. Симптомом “гадкого утенка” можно назвать клиническую ситуацию, когда.

Варианты ответов:

- 1) одно образование отличается от всех остальных;
- 2) одно розовое образование крупнее всех остальных розовых образований;
- 3) имеется одно образование черного цвета и множество образований розового цвета;
- 4) все перечисленное верно.**

2. Что следует в первую очередь сделать врачу при обнаружении злокачественного новообразований кожи?

Варианты ответов:

- 1) направить пациента к онкологу;
- 2) удалить новообразование;
- 3) направить пациента к хирургу;
- 4) осмотреть кожный покров пациента полностью.**

3. Какую форму могут иметь новообразования кожи?

Варианты ответов:

- 1) шаровидную;**
- 2) овальную;
- 3) полициклическую;
- 4) округлую.

4. Болезненность при поскабливании характерна для:

- 1) псориаза;
- 2) актинического кератоза;**
- 3) красного плоского лишая;
- 4) розового лишая.

5. Болезненность при поскабливании очагов актинического кератоза и красной волчанки обусловлена:

- 1) фолликулярным гиперкератозом;**
- 2) гидропической дистрофией клеток базального слоя;
- 3) атрофией мальпигиева слоя;
- 4) паракератозом.

6. Симптом "Красной шапочки" это:

- 1) клинический симптом;
- 2) дерматоскопический симптом.**

Самостоятельная работа № 3 к уроку № 3 “Правила проведения дерматоскопического исследования”: Все ли правила вам были известны ранее? Что нового вы почерпнули для себя из этого урока?

Самостоятельная работа № 4 к уроку № 4 “Физические основы дерматоскопии”: Что нового узнали из урока? Знали ли до этого разницу между иммерсионной и поляризованной дерматоскопией?

Самостоятельная работа № 5 к уроку № 5 “Техника получения дерматоскопических снимков”: Сделать и прикрепить дерматоскопический снимок.

Текущая аттестация предусмотрена в виде самостоятельных работ: тестирования и ответов на вопросы по процессу освоения обучающего модуля. По результатам выполнения самостоятельной работы выставляются отметки по двухбалльной системе «зачет» и «не зачет».

Индивидуальный предприниматель Миченко Анна Валентиновна
502912737705 ОГРНИП 318774600009052
117513, г. Москва, Ленинский проспект, д. 127, кв. 20

УТВЕРЖДЕНО

Приказом № 1 от 01.06.2024 г.

ИП Миченко А.В.



/Миченко А.В.

**Рабочая программа учебной дисциплины
“Дерматоскопические признаки доброкачественных меланоцитарных
новообразований”**

Москва 2024

1. Цель дисциплины “Дерматоскопические признаки доброкачественных меланоцитарных новообразований” - изучение клинических и дерматоскопических критериев широкого спектра доброкачественных меланоцитарных новообразований, способов определения дерматоскопической структуры, характерной для меланоцитарных новообразований.

2. Задачи дисциплины:

- научиться визуально определять диспластические невусы, дифференцировать от простых невусов и меланомы;
- изучить дерматоскопические структуры, которые могут встречаться в меланоцитарных невусах и меланоме;
- освоить дерматоскопические модели строения доброкачественных меланоцитарных невусов;
- изучить разные подходы к классификации меланоцитарных новообразований.

3. Планируемые результаты освоения дисциплины

В процессе освоения дисциплины у слушателей должны сформироваться следующие знания, умения и компетенции:

Знания	Умения
Клинические и дерматоскопические критерии доброкачественных меланоцитарных новообразований	Различать дерматоскопические структуры, характерные для меланоцитарных новообразований.

4. Содержание рабочей программы

Дисциплина “Дерматоскопические признаки доброкачественных меланоцитарных новообразований” включает в себя включает в себя 2,2 академических часа теоретических занятий, 3,6 академических часа самостоятельной работы и 3,2 академических часа практических занятий. Общая трудоемкость дисциплины составляет 9 академических часов.

№	Наименование дисциплин (модулей), тем	Общая трудоемкость, час	Всего часов		
			Теорет. занятия	Практ. занятия	Самост. работа
2.	Дерматоскопические признаки доброкачественных меланоцитарных новообразований	9	2,2	3,2	3,6
2.1.	Семиотика дерматоскопических признаков в меланоцитарных новообразованиях.	2,9	0,7	2	0,2
2.2.	Двухэтапный алгоритм: меланоцитарные новообразования.	3,1	0,4	1,2	1,5
2.3.	Модельный анализ. Модели строения доброкачественных меланоцитарных невусов	1,8	0,5	-	1,3

2.4.	Классификации меланоцитарных невусов	1,2	0,6	-	0,6
------	--------------------------------------	-----	-----	---	-----

Самостоятельная работа № 1 к уроку № 1 “Семиотика дерматоскопических признаков в меланоцитарных новообразованиях”: Что нового вы подчеркнули для себя из этого урока?

Практическое задание № 1 “Тренажер: тест”:

- 1) Пройти тестирование.
- 2) Сделать снимки пациентов с характерными дерматоскопическими структурами и прислать их с перечислением дерматоскопических структур.

Тестирование:

1. Назовите дерматоскопические структуры в данном образовании.

- 1) сеть типичная;
- 2) сеть атипичная;
- 3) негативная сеть;
- 4) псевдосеть;
- 5) радиальная лучистость;
- 6) псевдоподы;
- 7) глобулы типичные;**
- 8) бесструктурные участки.

2. Назовите дерматоскопические структуры в данном образовании.

- 1) сеть типичная;
- 2) сеть атипичная;
- 3) псевдосеть;
- 4) негативная сеть;
- 5) бесструктурные участки и радиальные полосы;**
- 6) глобулы атипичные.

3. Назовите дерматоскопические структуры в данном образовании.

- 1) глобулы типичные, атипичная сеть, бесструктурные участки;**
- 2) типичная сеть;
- 3) псевдосеть;
- 4) негативная сеть;
- 5) белые полосы;
- 6) глобулы атипичные.

4. Назовите дерматоскопические структуры в данном образовании

- 1) типичная сеть;
- 2) параллельные полосы в проекции гребней дерматоглифов;
- 3) параллельные полосы в проекции борозд дерматоглифов;**
- 4) псевдосеть;
- 5) типичные глобусы;
- 6) структуры регресса.

5. Назовите дерматоскопические структуры в данном образовании

- 1) атипичная сеть;

2)радиальная лучистость;

- 3)псевдоклякса;
- 4) псевдоподии;
- 5) глобулы.

6.Назовите дерматоскопические структуры в данном образовании

- 1)бесструктурные участки;
- 2)параллельные полосы в бороздах;**
- 3)негативная сеть;
- 4) белые полосы;
- 5)параллельные полосы в гребнях.

7.Назовите дерматоскопические структуры в данном образовании

- 1)негативная сеть;
- 2)псевдосеть;
- 3)белые полосы;
- 4)параллельные полосы в гребнях, бесструктурные участки сине-черного цвета;**
- 5)параллельные полосы в бороздах;
- 6)белые точки (выводные протоки потовых желез).

8.Укажите дерматоскопические структуры в этом очаге

- 1)негативная сеть;
- 2)белые полосы (= хризалиды, кристаллические структуры), точечные сосуды;**
- 3)пигментные глобулы;
- 4)сосуды -шпильки.

9.Перечислите имеющиеся дерматоскопические структуры

- 1)негативная сеть, точечные сосуды;**
- 2)псевдосеть;
- 3)радиальная лучистость;
- 4) пигментные глобулы;
- 5)белые полосы.

10.В данном образовании присутствуют все дерматоскопические структуры, КРОМЕ:

- 1)атипичные глобулы;
- 2)атипичная сеть;
- 3)негативная сеть;**
- 4)точки;
- 5)бесструктурные участки.

11.Опишите дерматоскопические структуры

- 1)псевдосеть;
- 2)типичная пигментная сеть по периферии, бесструктурная зона в центре;**
- 3)структура регресса (белая зона по типу рубца)
- 4)негативная сеть.

12.В этом очаге присутствуют все дерматоскопические структуры, КРОМЕ:

- 1)атипичные глобулы;
- 2)негативная сеть;**
- 3)атипичная сеть;

4) бесструктурная зона сине-серого цвета (сине-серая вуаль)

13. Опишите дерматоскопические структуры

1) глобулы;

2) пигментная сеть;

3) белые полосы (хризалиды);

4) структуры регресса (белая зона по типу рубца)

Самостоятельная работа № 2 к уроку № 2: Пройти тестирование.

1. Назовите имеющиеся дерматоскопические структуры

1) глобулы;

2) точки;

3) псевдосеть;

4) милиум-подобные кисты.

2. Перечислите дерматоскопические структуры

1) пигментная сеть, глобулы, бесструктурные зоны

2) негативная сеть;

3) сосуды-шпильки;

4) псевдоподии.

3. Какое из образований является меланоцитарным?

1) левое;

2) правое;

3) оба;

4) ни одно из приведенных.

4. Назовите дерматоскопические структуры в очаге справа

1) негативная сеть;

2) псевдосеть;

3) бесструктурная зона;

4) милиум-подобные кисты.

5. Какое из образований является меланоцитарным?

1) ни одно из приведенных;

2) левое;

3) правое;

4) оба.

6. Опишите дерматоскопические структуры в очаге слева

1) глобулы;

2) пигментная сеть;

3) бесструктурные участки;

4) белые полосы.

7. Какое из образований является меланоцитарным?

1) справа;

2) слева;

3) оба;

4) ни одно из приведенных.

8.Опишите дерматоскопические структуры в очаге справа

- 1)**параллельные полосы в проекции борозд с глобулами в проекции гребней;**
- 2)параллельные полосы в проекции гребней;
- 3)глобулы в проекции борозд.

Практическое задание № 2 “Тренажер: тест”:

1. Двухэтапный алгоритм дифференциальной диагностики используется для:

- 1)диагностика меланомы;
- 2)**дифференциальной диагностики меланоцитарной и немеланоцитарной новообразований;**
- 3)диагностики дерматозов.

2. Признаками меланоцитарной природы новообразований НЕ являются:

- 1)**комедоноподобные отверстия;**
- 2)пигментная сеть;
- 3)негативная сеть;
- 4)псевдоподии.

3. Является ли данное образование меланоцитарным?

- 1)да
- 2)**нет**

4. Является ли данное образование меланоцитарным?

- 1)да
- 2)**нет**

5. Какие дерматоскопические структуры преобладают в данном образовании?

- 1)пигментная сеть;
- 2)**глобулы;**
- 3)полосы;
- 4)бесструктурные зоны.

6. Является ли новообразование меланоцитарным?

- 1)**да**
- 2)нет

7. Какие дерматоскопические структуры имеются в данном новообразовании?

- 1)**атипичная пигментная сеть, атипичные кляксы, единичные глобулы, бело-голубая вуаль;**
- 2)полосы;
- 3)атипичные кляксы;
- 4)бело-голубая вуаль;
- 5)глобулы.

8. Предположите диагноз

- 1)врожденный меланоцитарный невус;
- 2)приобретенный меланоцитарный невус;
- 3)**меланома;**
- 4)солнечное лентиго.

9. Является ли образование меланоцитарным?

1)да

2)нет

10. Предположите диагноз?

1)меланома;

2)гемангиома;

3)травматическое кровоизлияние;

4) базалиома.

Самостоятельная работа № 3 к уроку № 3 “Модельный анализ. Модели строения доброкачественных меланоцитарных невусов”: Приложите фотографии доброкачественных меланоцитарных новообразований в соответствии с модельным анализом. В комментарии укажите их модели строения. Если нет собственных фотографий, можно взять любые из доступных источников для примера.

Самостоятельная работа № 4 к уроку № 4: Пройти тестирование.

Текущая аттестация предусмотрена в виде практических заданий (тренажеров) и самостоятельных работ. По результатам выполнения практических заданий и самостоятельных работ выставляются отметки по двухбалльной системе «зачет» и «не зачет».

Индивидуальный предприниматель Миченко Анна Валентиновна
502912737705 ОГРНИП 318774600009052
117513, г. Москва, Ленинский проспект, д. 127, кв. 20

УТВЕРЖДЕНО

Приказом № 1 от 01.06.2024 г.

ИП Миченко А.В.



Миченко А.В.

**Рабочая программа учебной дисциплины
“Дерматоскопические признаки немеланоцитарных
доброкачественных новообразований”**

Москва 2024

1. Цель дисциплины “Дерматоскопические признаки немеланоцитарных доброкачественных новообразований” - изучение дерматоскопических признаков доброкачественных немеланоцитарных новообразований, наиболее часто встречающихся в практике.

2. Задачи дисциплины:

- изучить основные дерматоскопические структуры, наблюдаемые в часто встречающихся немеланоцитарных новообразованиях.
- научиться распознавать дерматоскопические структуры, характерные для себорейного кератоза.
- получить представление о типичном дерматоскопическом строении дерматофибром, а также о различных вариантах моделей строения дерматофибром с учетом их гистологических особенностей.
- изучить дерматоскопические структуры, характерные для лентиго, сосудистых новообразований кожи (ангиом), гемангиом

3. Планируемые результаты освоения дисциплины

В процессе освоения дисциплины у слушателей должны сформироваться следующие компетенции, знания и умения:

Знания	Умения
- Дерматоскопические признаки доброкачественных немеланоцитарных новообразований. -Патоморфологической природы и клинических значений основных дерматоскопических структур	-Распознавать дерматоскопические структуры, характерные для себорейного кератоза. -Отличать лентиго и гемангиомы от других новообразований кожи.

4. Содержание рабочей программы

Дисциплина “Дерматоскопические признаки немеланоцитарных доброкачественных новообразований” включает в себя 1,5 академических часа теоретических занятий, 2,2 академических часов самостоятельной работы и 3,8 академических часа практических занятий. Общая трудоемкость дисциплины составляет 7,5 академических часов.

№	Наименование дисциплин (модулей), тем	Общая трудоемкость, час	Всего часов		
			Теорет. занятия	Практ. занятия	Самост. работа
3.	Дерматоскопические признаки немеланоцитарных доброкачественных новообразований	7,5	1,5	3,8	2,2
3.1.	Дерматоскопические структуры в немеланоцитарных новообразованиях	1,6	0,4	1	1
3.2.	Себорейный кератоз: часто встречающиеся дерматоскопические признаки	1,2	0,4	1	0,2

3.3.	Дерматофибромы: характерные дерматоскопические структуры	1,3	0,3	0,8	0,5
3.4.	Дерматоскопическая диагностика лентиго и новообразований из сосудов	1,4	0,4	1	0,5

Самостоятельная работа № 1 к уроку № 1 “Дерматоскопические структуры в немеланоцитарных новообразованиях”:

Пройти тестирование.

1. Назовите дерматоскопические структуры

- 1) глобулы;
- 2) синюшно-красные лакуны;**
- 3) точки;
- 4) бесструктурные зоны.

2. Назовите дерматоскопические структуры

- 1) глобулы;
- 2) точки;
- 3) бесструктурные зоны;
- 4) комедоноподобные отверстия;**
- 5) белые полосы.

3. Назовите дерматоскопические структуры

- 1) молочно-красные и желтоватые бесструктурные зоны;**
- 2) лакуны;
- 3) негативная сеть;
- 4) псевдофолликулярные отверстия.

4. Назовите дерматоскопические структуры

- 1) белые полосы;
- 2) бесструктурные зоны;**
- 3) негативная сеть;
- 4) комедоноподобные отверстия.

5. Назовите дерматоскопические структуры

- 1) глобулы;
- 2) милиум-подобные кисты, комедоноподобные отверстия;**
- 3) белые полосы;
- 4) псевдоподии.

6. Назовите дерматоскопические структуры

- 1) древовидные сосуды, эрозия (бесструктурная зона оранжевого цвета);**
- 2) сосуды-шпильки;
- 3) бесструктурные зоны, белые полосы;
- 4) псевдофолликулярные отверстия.

7. Назовите дерматоскопические структуры

- 1) глобулы;
- 2) сине-серые овоидные структуры по типу глобул с нечеткими границами;
- 3) синюшно-красные лакуны;**

4)негативная сеть.

8. Назовите дерматоскопические структуры

1)дугообразные сосуды;

2)древовидные сосуды, молочно-красные бесструктурные зоны;

3)псевдофолликулярные отверстия;

9.Перечислите дерматоскопические структуры

1)борозды, псевдофолликулярные отверстия;

2)сине-серые структуры по типу глобул;

3) глобулы;

4) полосы.

10. В данном образовании есть все дерматоскопические структуры, КРОМЕ:

1)сине-серые овоидные структуры с нечеткими границами;

2)негативная сеть;

3)древовидная ветвящиеся сосуды;

4)молочно-розовые бесструктурные зоны.

11.Назовите дерматоскопические структуры

1)бесструктурная белая зона по типу рубца;

2)сосуды-шпильки;

3)гломерулярные сосуды;

4)белые полосы.

Самостоятельная работа № 2 к уроку № 2 “Себорейный кератоз: часто встречающиеся дерматоскопические признаки”: Что нового вы узнали из урока?

Самостоятельная работа № 3 к уроку № 4 “Дерматоскопическая диагностика лентиго и новообразований из сосудов”: Пройти тестирование.

Практическое задание № 1 “Тренажер: карусель пациентов. Пациент 1”

“1.Опишите дерматоскопическую картину по схеме:

- является ли образование меланоцитарным (если да - перечислите признаки).

- является ли образование немеланоцитарным (если да - перечислите признаки немеланоцитарных образований, которые видите).

2.Предположите диагноз.

3.Загрузите одну фотографию с таким же диагнозом (при возможности), чтобы мне было ясно, что эти новообразования вы видите и узнаете.”

Практическое задание № 2 “Тренажер: карусель пациентов. Пациент 2.”

“1.Опишите дерматоскопическую картину по схеме:

- является ли образование меланоцитарным (если да - перечислите признаки,

- является ли образование немеланоцитарным (если да - перечислите признаки немеланоцитарных образований, которые видите)

2.Предположите диагноз;

3.Загрузите одну фотографию с таким же диагнозом (при возможности), чтобы было ясно, что эти новообразования вы видите и узнаете.”

Практическое задание № 3 “Тренажер: карусель пациентов. Пациент 3”

“1.Опишите дерматоскопическую картину по схеме:

- является ли образование меланоцитарным (если да - перечислите признаки)
- является ли образование немеланоцитарным (если да - перечислите признаки немеланоцитарных образований, которые видите);

2.Предположите диагноз

3.Загрузите одну фотографию с таким же диагнозом (при возможности), чтобы мне было ясно, что эти новообразования вы видите и узнаете”.

Практическое задание № 4 “Тренажер: карусель пациентов. Пациент 4”

“1.Опишите дерматоскопическую картину по схеме:

- является ли образование меланоцитарным (если да - перечислите признаки)
- является ли образование немеланоцитарным (если да - перечислите признаки немеланоцитарных образований, которые видите);

2.Предположите диагноз;

3.Загрузите одну фотографию с таким же диагнозом (при возможности), чтобы мне было ясно, что эти новообразования вы видите и узнаете”.

Практическое задание № 5 “Тренажер: карусель пациентов. Пациент 5”

“1.Опишите дерматоскопическую картину по схеме:

- является ли образование меланоцитарным (если да - перечислите признаки);
- является ли образование немеланоцитарным (если да - перечислите признаки немеланоцитарных образований, которые видите);

2.Предположите диагноз;

3.Загрузите одну фотографию с таким же диагнозом (при возможности), чтобы мне было ясно, что эти новообразования вы видите и узнаете”.

Самостоятельная работа № 6 “Ответы к тренажерам "Карусель"”: Проверь ответы.

Текущая аттестация предусмотрена в виде практических заданий (тренажеров) и самостоятельных работ. По результатам выполнения практических заданий и самостоятельной работы выставляются отметки по двухбалльной системе «зачет» и «не зачет».

Индивидуальный предприниматель Миченко Анна Валентиновна
502912737705 ОГРНИП 318774600009052
117513, г. Москва, Ленинский проспект, д. 127, кв. 20

УТВЕРЖДЕНО

Приказом № 1 от 01.06.2024 г.

ИП Миченко А.В.



/Миченко А.В.

**Рабочая программа учебной дисциплины
“Дерматоскопические признаки немеланоцитарных злокачественных
новообразований и преканкروزов. Терминология Г. Киттлера”**

Москва 2024

1. Цель дисциплины “Дерматоскопические признаки немеланоцитарных злокачественных новообразований и преканкрозов. Терминология Г. Киттлера” - освоить знания об основных признаках злокачественных эпителиальных новообразованиях кожи и их предшественников. Уметь отличать состоявшиеся эпителиальные новообразования кожи от их предшественников, а также выявлять новообразования, подозрительные на базалиому кожи и плоскоклеточный рак.

Задачи дисциплины:

- изучить дерматоскопические признаки, характерные для базалиом кожи.
- изучить особенностям дерматоскопической картины беспигментной и пигментной форм болезни Бовена, признаками эритроплазии Кейра.
- разобрать дерматоскопические признаки плоскоклеточного рака на стадии in situ.

3. Планируемые результаты освоения дисциплины

В процессе освоения дисциплины у слушателей должны сформироваться следующие компетенции, знания и умения:

Знания	Умения
-Терминология Г. Киттлера -Дерматоскопические признаки немеланоцитарных злокачественных новообразований и преканкрозов - Основы и принципы проведения дифференциальной диагностики дерматозов, злокачественных и доброкачественных новообразований кожи	-Отличать базалиомы от других новообразований кожи -Диагностировать болезни Бовена и эритроплазии Кейра

4. Содержание рабочей программы

Дисциплина “Дерматоскопические признаки немеланоцитарных злокачественных новообразований и преканкрозов. Терминология Г. Киттлера” включает в себя включает в себя 1,5 академических часа теоретических занятий, 2,5 академических часов самостоятельной работы и 6 академических часа практических занятий. Общая трудоемкость дисциплины составляет 10 академических часов.

№	Наименование дисциплин (модулей), тем	Общая трудоемкость, час	Всего часов		
			Теорет. занятия	Практ. занятия	Самост. работа
4.	Дерматоскопические признаки немеланоцитарных злокачественных новообразований и преканкрозов. Терминология Г. Киттлера	10	1,5	6	2,5
4.1.	Двухэтапный алгоритм: базалиомы	1,8	0,3	1	0,5
4.2.	Актинический кератоз	1,7	0,2	1	0,5
4.3	Болезнь Бовена и эритроплазия Кейра	1,9	0,4	1	0,5
4.4.	Плоскоклеточный рак	1,7	0,2	1	0,5

4.5.	Семиотика профессора Г.Киттлера	2,9	0,4	2	0,5
------	---------------------------------	-----	-----	---	-----

Самостоятельная работа № 1 к уроку № 1 “Двухэтапный алгоритм: базалиомы”: Что в уроке показалось наиболее интересным?

Практическое задание № 1 “Тренажер: карусель пациентов. Случай 1”:

“Пациентка обратилась с жалобами на высыпания на туловище и конечностях. Направлена онкологом после цитологического исследования очага на коже живота (обнаружены пласты плоского эпителия, поставлен диагноз кератома).

На коже имеется около 100 очагов поражения. На коже ладоней - точечный кератолиз”.

Задание:

- 1) Дайте дерматоскопическое описание к каждому снимку.
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Предложите оптимальную тактику лечения пациентки.

Самостоятельная работа № 2 к уроку 2. “Актинический кератоз”: Пройти тестирование.

1. Актинический кератоз является предшественником:

- 1) базалиомы;
- 2) плоскоклеточного рака;**
- 3) меланомы;
- 4) Карциномы из клеток Меркеля.

2. Укажите дерматоскопические структуры в данном новообразовании.

- 1) красная псевдосеть;
- 2) белые полосы;
- 3) гиперкератотические чешуйки;
- 4) белые фолликулы.**

3. Перечислите дерматоскопические структуры в данном новообразовании

- 1) красная псевдосеть, роговые пробки в устьях фолликулов;**
- 2) негативная сеть;
- 3) пигментная псевдосеть;
- 4) молочно-красная вуаль.

4. Каким сравнительным термином Вы опишете данное дерматоскопическое изображение?

- 1) картина звездного неба;
- 2) картина взрыва звезды;
- 3) картина клубники;**
- 4) картина толстых пальцев.

5. Предположите диагноз:

- 1) пигментный актинический кератоз;
- 2) лентиго;**
- 3) меланома;

4)меланоцитарный невус.

6.Опишите дерматоскопические структуры

1)красная псевдосеть;

2)древовидные сосуды;

3)негативная сеть;

4)бело-розовая словно светящаяся зона.

7.Предположите диагноз:

1)дерматофиброма;

2)вульгарная бородавка;

3)себорейная кератома;

4)внутридермальный невус.

Самостоятельная работа № 3 к Урок 3 “Болезнь Бовена и эритроплазия Кейра”:
Тестирование.

Самостоятельная работа № 4 к Урок 4 “Плоскоклеточный рак”: Перечислите основные дерматоскопические признаки ПКР.

Самостоятельная работа № 5 к Урок 5 “Семиотика профессора Г.Киттлера”:
Тестирование.

Практическое задание № 2 “Тренажер: тестовые задания”.

Практическое задание № 3 “Тренажер: карусель пациентов. Случай 2”:

“Пациент 65 лет обратился с жалобами на появление множественных высыпаний на коже лица в течение последних лет, без субъективных ощущений. Не лечился. Онкологами произведено цитологическое исследование, диагноз базалиомы кожи исключен”.

Задание:

Поставить диагноз.

По возможности, приложить фотографии своих пациентов с таким же диагнозом.

Самостоятельная работа № 6 “Ответ на тренажер - Случай 2”: Проверь себя.

Практическое задание № 4 “Тренажер: карусель пациентов. Случай 3”: Пациента 68 лет обратилась с жалобами на множественные высыпания на коже лица, предплечий, кистей, голеней, возникшие 6 лет назад после отдыха в Турции. Вскоре после этого отметила ухудшение зрения, лечилась у офтальмологов с диагнозом "солнечный ожог сетчатки".

В течение последнего года удалено две базалиомы на коже носа, третья процедура деструкции проведена незадолго до обращения. Также незадолго до обращения была взята биопсия высыпаний на коже правого предплечья, верифицирован диагноз "Актинический кератоз".

Просмотрите все снимки. Дайте описания дерматоскопической картины. Предположите диагноз для каждого очага”.

Практическое задание № 5 “Тренажер: карусель пациентов. Случаи 4 и 5”:

“Пациент 1.

Высыпания у пациента 19 лет существуют в течение полутора лет, терапия по схеме лечения баланопостита дает временный положительный эффект.

Просмотрите все снимки. Дайте описания дерматоскопической картины. Предположите диагноз для каждого очага.

Пациент 2.

Пациент 63 лет, при полном осмотре определяются псориазические бляшки на локтях.

Сам пациент считает, что корка образуется от мазей, она отпадает и появляется вновь.

Просмотрите все снимки. Дайте описания дерматоскопической картины. Предположите диагноз для каждого очага”.

Практическое задание № 6 “Тренажер: дартс”: Перед вами набор снимков. На фотографии размечены структуры, которые предлагаю Вам называть.

Текущая аттестация предусмотрена в виде практических заданий (тренажеров) и самостоятельных работ. По результатам выполнения практических заданий и самостоятельной работы выставляются отметки по двухбалльной системе «зачет» и «не зачет».

Индивидуальный предприниматель Миченко Анна Валентиновна
502912737705 ОГРНИП 318774600009052
117513, г. Москва, Ленинский проспект, д. 127, кв. 20

УТВЕРЖДЕНО



Приказом № 1 от 01.06.2024 г.
ИП Миченко А.В.

/Миченко А.В.

**Рабочая программа учебной дисциплины
“Дерматоскопические признаки меланомы”**

Москва 2024

1. Цель дисциплины “Дерматоскопические признаки меланомы” - научить слушателей применять все основные алгоритмы диагностики меланомы кожи и отработать навыки описания дерматоскопических признаков меланом.

2. Задачи дисциплины:

- изучить модельный анализ для диагностики меланомы кожи.
- освоить применение ABCD-правил дерматоскопической диагностики меланомы кожи.
- освоить алгоритмы диагностики меланомы кожи (Арджензиано, Мензеса, CASH алгоритм и другие).

3. Планируемые результаты освоения дисциплины

В процессе освоения дисциплины у слушателей должны сформироваться следующие компетенции, знания и умения:

Знания	Умения
-основы и принципы модельного анализа, -ABCD-правила дерматоскопической диагностики меланомы кожи, -правила трех признаков, -алгоритм диагностики меланомы проф. Дж. Арджензиано, -алгоритм Мензеса, - CASH-алгоритм, - BLINK-алгоритм, - скрининговый алгоритм "хаос и признаки", -метод слона - критерии диагностики меланомы IN SITU.	Применять все основные алгоритмы диагностики меланомы кожи.

4. Содержание рабочей программы

Дисциплина “Дерматоскопические признаки меланомы” включает в себя 2,2 академических часа теоретических занятий, 3,3 академических часа самостоятельной работы и 4 академических часа практических занятий. Общая трудоемкость дисциплины составляет 9,5 академических часов.

№	Наименование дисциплин (модулей), тем	Общая трудоемкость, час	Всего часов		
			Теорет. занятия	Практ. занятия	Самост. работа
5.	Дерматоскопические признаки меланомы	9,5	2,2	4	3,3
5.1.	Модельный анализ в диагностике меланомы кожи	1	0,3	0,4	0,3
5.2.	ABCD-правило диагностики меланомы кожи	0,9	0,2	0,4	0,3
5.3.	Алгоритм диагностики меланомы Арджензиано	0,9	0,2	0,4	0,3
5.4.	Алгоритм Мензеса в диагностике меланомы	0,9	0,2	0,4	0,3

5.5.	CASH-алгоритм	0,8	0,2	0,3	0,3
5.6.	Правило трех признаков	0,9	0,2	0,4	0,3
5.7.	BLINK-алгоритм	0,9	0,2	0,4	0,3
5.8.	Скрининговый алгоритм "хаос и признаки"	0,9	0,3	0,3	0,3
5.9.	"Метод слона"	0,8	0,2	0,3	0,3
5.10.	Дерматоскопия как инструмент прогнозирования толщины и количества митозов при диагностике меланомы	0,7	0,1	0,3	0,3
5.11.	Критерии диагностики меланомы IN SITU	0,8	0,1	0,4	0,3

Самостоятельная работа № 1 к уроку 1 “Модельный анализ в диагностике меланомы кожи”: Описать дерматоскопические снимки по модельному анализу.

Самостоятельная работа № 2 к уроку 2 “ABCD-правило диагностики меланомы кожи”: Проанализировать изображения по всем известным вам алгоритмам.

Самостоятельная работа № 3 к уроку 3 “Алгоритм диагностики меланомы Арджензиано”: Описать семь изображений меланом по модельному анализу, правилу ABCD и алгоритму Арджензиано”.

Самостоятельная работа № 4 к уроку 4 “Алгоритм Мензеса в диагностике меланомы”: Проанализировать образования по всем известным вам алгоритмам.

Самостоятельная работа № 5 к уроку 5 “CASH-алгоритм”: Проанализировать образования по всем известным вам алгоритмам.

Самостоятельная работа № 6 к уроку 6 “Правило трех признаков”: В Атласе по дерматоскопии А. Маргуба просмотреть главу по себорейным кератомам и любую главу по меланомам (например, раздел по модельному анализу или ABCD-алгоритму). Посмотреть, сколько себорейных кератом будут иметь показания к удалению, и все ли меланомы получается "зацепить" этим алгоритмом. Написать, какое впечатление получите в результате о соотношении правильных и неправильных ответов в обоих случаях.

Самостоятельная работа № 7 к уроку 7 “BLINK-алгоритм”: Описать дерматоскопическую картину по всем известным вам алгоритмам.

Самостоятельная работа № 8 к уроку 8 “Скрининговый алгоритм "хаос и признаки"”: Описать снимки гипопигментной меланомы и узловых меланом (урок) по алгоритмам: модельный анализ, ABCD, Арджензиано, Мензеса, "хаос и признаки".

Самостоятельная работа № 9 к уроку 9 “Метод слона”: Проанализировать снимки к уроку 9.

Самостоятельная работа № 10 к уроку 10 “Дерматоскопия как инструмент прогнозирования толщины и количества митозов при диагностике меланомы”: Знали ли вы о прогнозировании толщины меланомы и количества митозов?

Самостоятельная работа № 11 к уроку № 11: дайте описания новообразований, представленных на рисунках 1 и 2.

Самостоятельная работа № 12 “Ответ к тренажеру "Карусель"”: Проверь себя.

Практическое задание № 1 “Тренажер: карусель пациентов. Случай 1”: Пациент отметил изменение родинки, существовавшей в течение многих лет. Проанализируйте образование по всем известным алгоритмам.

Практическое задание № 2 “Тренажер: карусель пациентов. Случай 2”: Пациентка 43 лет, образование на коже правого плеча с незначительным зудом, развивалось в течение нескольких лет. Напишите предположительные диагнозы (1-43)
Отберите наиболее атипичные очаги и проанализируйте по всем алгоритмам.

Самостоятельная работа № 15: Ответ к тренажеру "Карусель": Проверь себя.

Практическое задание № 3 “Тренажер: карусель пациентов. Случай 3”: Проанализируйте данную меланому по всем известным вам алгоритмам.

Практическое задание № 4 “Тренажер: карусель пациентов. Случай 4”: Опишите клинические признаки, указывающие на диагноз меланомы. Проанализируйте образование по всем известным вам дерматоскопическим алгоритмам диагностики меланомы.

Практическое задание № 5 “Тренажер: дартс”: На фотографии размечены структуры. Назовите эти структуры.

Практическое задание № 6 “Тренажер: завтрак чемпиона”: Поставьте диагноз как можно быстрее.

Текущая аттестация предусмотрена в виде практических заданий (тренажеров) и самостоятельных работ. По результатам выполнения практических заданий, самостоятельных работ выставляются отметки по двухбалльной системе «зачет» и «не зачет».

Индивидуальный предприниматель Миченко Анна Валентиновна
502912737705 ОГРНИП 318774600009052
117513, г. Москва, Ленинский проспект, д. 127, кв. 20

УТВЕРЖДЕНО

Приказом № 1 от 01.06.2024 г.

ИП Миченко А.В.



/Миченко А.В.

**Рабочая программа учебной дисциплины
“Возрастные особенности новообразований кожи”**

Москва 2024

1. Цель дисциплины “Возрастные особенности новообразований кожи” - изучить особенности возрастных новообразований кожи, что позволит избежать лишних биопсий кожи в детском возрасте и повысить качество обследования пациентов с новообразованиями кожи в пожилом возрасте.

2. Задачи дисциплины:

- изучить новообразования, характерные для детского возраста.
- изучить меланоцитарные новообразования, встречающиеся в детском возрасте.
- изучить эволюцию меланоцитарных новообразований кожи пожилых пациентов.

3. Планируемые результаты освоения дисциплины

Знания	Умения
- ключевые аспекты диагностики и ведения меланоцитарных новообразований в детском возрасте -особенности диагностики новообразований кожи в пожилом возрасте	Проводить визуальное инструментальное обследование пациентов в детском и пожилом возрасте

4. Содержание рабочей программы

Дисциплина “Возрастные особенности новообразований кожи” включает в себя 2 академических часа теоретических занятий, 1,5 академических часов самостоятельной работы и 2,5 академических часа практических занятий. Общая трудоемкость дисциплины составляет 6 академических часов.

№	Наименование дисциплин (модулей), тем	Общая трудоемкость, час	Всего часов		
			Теорет. занятия	Практ. занятия	Самост. работа
6.	Возрастные особенности новообразований кожи	6	2	2,5	1,5
6.1.	Часто встречающиеся новообразования кожи у детей	1,7	0,7	0,5	0,5
6.2.	Меланоцитарные новообразования у детей	2,2	0,7	1	0,5
6.3.	Новообразования кожи у пожилых	2,1	0,6	1	0,5

Самостоятельная работа № 1 к уроку № 1 “Часто встречающиеся новообразования кожи у детей”: Тестирование.

1.Какой из перечисленных синдромов не сопровождается лентигинозом?

- 1)синдром Пейтса-Егерса
- 2)синдром Laugier -Hunziker
- 3) Комплекс Карнея (и его подтипы синдром LAMB и синдром NAME)
- 4)синдром Турена
- 5)нейрофиброматоз 1 типа.**

2. Назовите характеристики пятен "кофе с молоком", диагностические в отношении нейрофиброматоза I типа:

1) диаметр более 1 см;

2) количество более 3 пятен;

3) 6 и более пятен "кофе с молоком" с максимальным диаметром более 5 мм у пациента пубертатного возраста, и диаметром более 15 мм у пациента постпубертатного возраста.

4) локализация на туловище.

3. Вариантом соединительнотканых невусов являются все перечисленные нозологии, КРОМЕ:

1) коллагеномы

2) "шагреновая бляшка" при туберозном склерозе;

3) дерматофибромы;

4) эластомы при синдроме Бушке-Олендорфа.

4. Какие из перечисленных симптомов являются малым признаком туберозного склероза?

1) ангиофибромы на лице или бляшка на лбу;

2) гипопигментированные пятна (три и более);

3) высыпания на коже по типу конфети;

4) шагреновая бляшка

5. В каком возрасте появляются простые приобретенные невусы у детей и подростков?

1) до 10 лет;

2) в постпубертатном периоде.

6. В каком возрасте появляются атипичные невусы у детей и подростков?

1) до 10 лет;

2) в постпубертатном периоде.

7. Предположите диагноз:

1) просто приобретенный меланоцитарный невус;

2) невус-шпилюс;

3) эфелиды;

4) эпидермальный невус.

8. Назовите симптом, характерный для детского возраста, проиллюстрированный на данном снимке:

1) симптом Болоньи;

2) синдром гадкого утенка;

3) синдром Красной шапочки.

9. Является ли меланоз Бейкера меланоцитарным новообразованием?

1) да;

2) нет.

10. Невус Ота, невус Ито, невус Хори относятся к:

1) врожденным меланоцитарным невусам;

2) приобретенным меланоцитарным невусам;

3) дермальным меланоцитозам.

Самостоятельная работа № 2 к уроку № 2 “Меланоцитарные новообразования у детей”:
Тестирование.

Самостоятельная работа № 3 к уроку № 3 “Новообразования кожи у пожилых”:

1) В статье по ссылке на рисунках 1-5 представлены изображения образований, иллюстрирующих особенности пожилого возраста. Опишите по каждому рисунку дерматоскопическое строение и прокомментируйте, что в каждом случае вызывает подозрение на злокачественный характер образования.

2) В статье по ссылке представлена иллюстрация злокачественного лентиго на коже плеча у женщины 60 лет. Опишите дерматоскопические признаки и перечислите, по каким клиническим/дерматоскопическим критериям можно заподозрить злокачественную природу образования

3) Тестирование.

Практическое задание № 1 “Тренажер: карусель пациентов. Случай 1.”: Вспомните, как называется симптом, характерный для детского возраста, проявляющийся в виде очага гиперпигментации в пределах новообразования, и требуется ли гистологическое исследование в таком случае?

Практическое задание № 2 “Тренажер: карусель пациентов. Случай 2.”: Укажите диагнозы к каждому ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОМУ изображению.

Самостоятельная работа № 4 “Случай 2: ответ”: Проверь себя.

Практическое задание № 3 “Тренажер: завтрак чемпиона”: Поставьте диагноз как можно быстрее.

Текущая аттестация предусмотрена в виде практических заданий (тренажеров) и самостоятельных работ. По результатам выполнения практических заданий и самостоятельной работы выставляются отметки по двухбалльной системе «зачет» и «не зачет».

Индивидуальный предприниматель Миченко Анна Валентиновна
502912737705 ОГРНИП 318774600009052
117513, г. Москва, Ленинский проспект, д. 127, кв. 20

УТВЕРЖДЕНО

Приказом № 1 от 01.06.2024 г.

ИП Миченко А.В.



/Миченко А.В.

**Рабочая программа учебной дисциплины
“Особенности дерматоскопических характеристик новообразований
кожи в разных анатомических зонах”**

Москва 2024

1. Цель дисциплины “Особенности дерматоскопических характеристик новообразований кожи в разных анатомических зонах” - научить слушателей проводить дерматоскопическое исследование в различных анатомических областях и выбирать технику дерматоскопии с учетом особенностей данных зон; диагностировать расположенные в зонах с особым анатомическим строением кожи невусы и меланому, имеющие особенности дерматоскопических структур; освоить алгоритмы ведения пациентов с пигментными новообразованиями в разных анатомических зонах.

2. Задачи дисциплины:

- изучить особенности анатомии кожи ладоней и подошв.
- изучить особенности дерматоскопических структур в области ладоней и подошв.
- освоить различные техники дерматоскопии, специфически применяющиеся в каждой особой анатомической области.
- разобрать дерматоскопические модели строения, которые характерны для меланоцитарных новообразований, расположенных на слизистых оболочках.
- изучить основные типы и дерматоскопические характеристики меланоцитарных и немеланоцитарных новообразований на коже волосистой части головы.
- изучить с анатомию ногтевого аппарата, правила сбора анамнеза и этапов клинического обследования пациентов с полосовидной меланонихией.

3. Планируемые результаты освоения дисциплины

Знания	Умения
-особенности анатомии кожи ладоней и подошв -особенности дерматоскопических структур в области ладоней и подошв -типы и дерматоскопические характеристики меланоцитарных и немеланоцитарных новообразований на коже волосистой части головы -принципы дифференциации продольной меланонихии меланоцитарного и немеланоцитарного генеза, - правила диагностики меланомы ногтевого аппарата.	-дифференцировать доброкачественные пигментные новообразования и меланоз слизистых от меланомы слизистых оболочек - описывать дерматоскопические изображений акральных новообразований -диагностировать новообразования, расположенные на коже волосистой части головы

4. Содержание рабочей программы

Дисциплина “Особенности дерматоскопических характеристик новообразований кожи в разных анатомических зонах” включает в себя 1,5 академических часа теоретических занятий, 3,5 академических часа самостоятельной работы. Общая трудоемкость дисциплины составляет 5 академических часов.

№	Наименование дисциплин (модулей), тем	Общая трудоемкость, час	Всего часов		
			Теорет. занятия	Практ. занятия	Самост. работа
7.	Особенности дерматоскопических характеристик новообразований кожи в разных анатомических зонах	5	1,5	-	3,5
7.1.	Особенности дерматоскопического строения меланоцитарных новообразований на коже ладоней и подошв	1,4	0,4	-	1
7.2.	Особенности дерматоскопического строения меланоцитарных новообразований на слизистых оболочках	1,3	0,3	-	1
7.3.	Особенности дерматоскопического строения меланоцитарных новообразований на коже волосистой части головы	1,1	0,3	-	0,8
7.4.	Дерматоскопическая дифференциальная диагностика полосовидной меланонихии (невусы, меланома и др)	1,2	0,5	-	0,7

Самостоятельная работа № 1 к уроку № 1: В статье к уроку № 1 перечислите для каждого изображения модели строения и проанализировать изображения по BRAAFF-алгоритму. Проанализировать изображения в Атласе по дерматоскопии А.Маргуба на страницах 210 и 254.

Самостоятельная работа № 2 к уроку № 2:

1. Дайте описание дерматоскопической картины представленной в статье к уроку № 2.
2. Тестирование.

Самостоятельная работа № 3 к уроку № 3:

1. Посмотрите видео-урок, ознакомьтесь с прикрепленными материалами и пройдите тест
2. Тестирование.

Самостоятельная работа № 4 к уроку № 4: Дать описания к семи рисункам представленным в статье к уроку № 4.

Текущая аттестация предусмотрена в виде самостоятельных работ. По результатам выполнения самостоятельных работ выставляются отметки по двухбалльной системе «зачет» и «не зачет».

Индивидуальный предприниматель Миченко Анна Валентиновна
502912737705 ОГРНИП 318774600009052
117513, г. Москва, Ленинский проспект, д. 127, кв. 20

УТВЕРЖДЕНО



/Миченко А.В.

**Рабочая программа учебной дисциплины
“Тактика ведения пациентов”**

Москва 2024

1. Цель дисциплины “Тактика ведения пациентов” - обучить слушателей выявлять пациентов из группы риска и определять тактику ведения пациентов разных возрастных групп с различными факторами риска развития меланомы.

2. Задачи дисциплины:

- ознакомить с правилами оформления заключения по результатам дерматоскопического исследования.
- научиться определять факторы риска развития меланомы, выявляемые при опросе, осмотре, дерматоскопии.

3. Планируемые результаты освоения дисциплины

Знания	Умения
-правила оформления заключения по результатам дерматоскопического исследования -факторы риска развития меланомы	-определять тактику ведения пациента с учетом выявленных факторов риска

4. Содержание рабочей программы

Дисциплина “Тактика ведения пациентов” включает в себя 1 академический час теоретических занятий, 2,5 академических часа самостоятельной работы и 0,5 академических часа практических занятий. Общая трудоемкость дисциплины составляет 4 академических часов.

№	Наименование дисциплин (модулей), тем	Общая трудоемкость, час	Всего часов		
			Теорет. занятия	Практ. занятия	Самост. работа
8.	Тактика ведения пациентов	4	1	0,5	2,5
8.1.	Оформление заключения по результатам дерматоскопического исследования	1,4	0,3	-	1,1
8.2.	Факторы риска развития меланомы кожи	1,4	0,5	-	0,9
8.3.	Тактика ведения взрослых пациентов с высоким/очень высоким риском	1,2	0,2	0,5	0,5

Самостоятельная работа № 1 к уроку № 1:

1. Загрузить дерматоскопические фотографии пяти наиболее подозрительных случаев из вашей практики, и дать заключения по ним по предложенным протоколам.

2. Прокомментируйте, удобно ли пользоваться такими протоколами, если появятся предложения по оптимизации - предлагайте.

Самостоятельная работа № 2 к уроку № 2: Изучить одну из работ по теме урока.

Самостоятельная работа № 3 к уроку № 3: Предложите тактику ведения для следующих пациентов:

1) Женщина 45 лет с синдромом диспластических невусов, у матери которой была меланома;

- 2) Мужчина 60 лет с 2 фототипом кожи, множественными эфелидами и лентиго, солнечным эластозом;
- 3) Ребенок 7 лет, у которого за 6 мес до обращения возникла розовая папула, имеющая диаметр 4 мм и точечные сосуды при дерматоскопии по всей поверхности;
- 4) Мужчина 55 лет, на коже спины пигментное пятно с лучистым строением при дерматоскопии. Момент возникновения пятна указать не может. В анамнезе базалиома.

Практическое задание № 1 “Тренажер Завтрак чемпиона” - как можно точнее поставить наиболее правильный диагноз при наименьшем количестве открытых пазлов.

Текущая аттестация предусмотрена в виде практического задания (тренажера) и самостоятельных работ. По результатам выполнения практического задания и самостоятельной работы выставляются отметки по двухбалльной системе «зачет» и «не зачет».

Индивидуальный предприниматель Миченко Анна Валентиновна
502912737705 ОГРНИП 318774600009052
117513, г. Москва, Ленинский проспект, д. 127, кв. 20

УТВЕРЖДЕНО

Приказом № 1 от 01.06.2024 г.

ИП Миченко А.В.



/Миченко А.В.

**Рабочая программа учебной дисциплины
“Дерматоскопические признаки распространенных дерматозов”**

Москва 2024

1. Цель дисциплины “Дерматоскопические признаки распространенных дерматозов”- научить слушателей распознавать распространенные заболевания кожи при помощи дерматоскопии. Расширить спектр дерматозов, для диагностики которых слушатели смогут применять дерматоскопическое исследование.

2. Задачи дисциплины:

- изучить дерматоскопические признаки наиболее часто встречающихся воспалительных заболеваний кожи.
- изучить дерматоскопическую картину различных форм псориаза, изучить ряд нозологий, имеющих схожую дерматоскопическую картину и требующих проведения дифференциальной диагностики с псориазом.
- изучить дерматоскопические признаки себорейного дерматита.
- изучить дерматоскопические признаки различных форм красного плоского лишая на гладкой коже и на коже волосистой части головы.
- изучить дерматоскопические признаки острой и хронической дискоидной красной волчанки, изучить дерматоскопические признаки в высыпаниях, расположенных на гладкой коже и на коже волосистой части головы.
- изучить признаки склеродермии, научиться дифференцировать ее от других заболеваний кожи.
- изучение инфекционных (контагиозный моллюск, папилломавирусная инфекция) и паразитарных дерматозов (чесотка, педикулез, мигрирующая личинка).
- изучение заболеваний волос.

3. Планируемые результаты освоения дисциплины

Знания	Умения
Дерматологические признаки псориаза, себорейного дерматита, красного плоского лишая дискоидной красной волчанки, склеродермии, контагиозного моллюска, папилломавирусной инфекции, педикулеза, чесотки, мигрирующей личинки, грибкового поражения волос	-дифференциация различных форм дерматозов

4. Содержание рабочей программы

Дисциплина “Дерматоскопические признаки распространенных дерматозов” включает в себя 1,7 академических часа теоретических занятий, 2,7 академических часов самостоятельной работы и 1,6 академических часа практических занятий. Общая трудоемкость дисциплины составляет 6 академических часов.

№	Наименование дисциплин (модулей), тем	Общая трудоемкость, час	Всего часов		
			Теорет. занятия	Практ. занятия	Самост. работа
9	Дерматоскопические признаки распространенных дерматозов	6	1,7	1,6	2,7
Воспалительные дерматозы					
9.1.	Псориаз	0,5	0,2	-	0,3

9.2.	Себорейный дерматит	0,5	0,2	-	0,3
9.3.	Красный плоский лишай	0,5	0,2	-	0,3
9.4.	Дискоидная красная волчанка	0,5	0,2	-	0,3
9.5.	Склеродермия	0,5	0,2	-	0,3
Инфекционные и паразитарные дерматозы					
9.6.	Контагиозный моллюск	0,5	0,1	-	0,4
9.7.	Папилломавирусная инфекция	0,5	0,1	-	0,4
9.8.	Чесотка	0,5	0,1	-	0,4
9.9.	Педикулез	0,5	0,1	-	0,4
9.10.	Мигрирующая личинка	0,5	0,1	-	0,4
Заболевания волос					
9.11.	Грибковое поражение волос	1	0,2	0,6	0,2

Самостоятельная работа № 1 к урокам №1-11: Оценить содержимое уроков от 0 до 10.

Практическое задание № 1 “Тренажер: завтрак чемпиона”: как можно точнее поставить наиболее правильный диагноз при наименьшем количестве открытых пазлов.

Текущая аттестация предусмотрена в виде практического задания. По результатам выполнения “Тренажер: завтрак чемпиона” выставляется отметка по двухбалльной системе «зачет» и «не зачет».

Индивидуальный предприниматель Миченко Анна Валентиновна
502912737705 ОГРНИП 318774600009052
117513, г. Москва, Ленинский проспект, д. 127, кв. 20

УТВЕРЖДЕНО

Приказом № 1 от 01.06.2024 г.

ИП Миченко А.В.



/Миченко А.В.

**Рабочая программа учебной дисциплины
“Методы деструкции новообразований и получения биоптата кожи”**

Москва 2024

1. Цель дисциплины “Методы деструкции новообразований и получения биоптата кожи”- упорядочить знания о применении основных деструктивных методов в дерматологии и косметологии, а также о проведении биопсии кожи. Повысить качество проведения слушателями криодеструкции, лазерной деструкции, химической деструкции, процедур с применением электрохирургических методов биопсии кожи и новообразований.

2. Задачи дисциплины:

- систематизировать знания по одному из наиболее важных навыков дерматовенеролога - получению биоптата кожи.
- изучить методы электрохирургии, безопасность, преимущества и недостатки электрохирургии, показания и противопоказания, анестезия, предоперационная подготовка, проведение процедуры, рекомендации после процедуры, возможные осложнения и их профилактика.
- изучить механизм действия криодеструкции, противопоказания и показания к применению метода, виды криогенов, необходимое оборудование, техники выполнения криодеструкции, принципы выбора техники криодеструкции и особенности их проведения, нежелательные явления.
- изучить ключевые аспекты применения СО-2 лазера для деструкции очагов поражения на коже.
- рассмотреть спектр препаратов, используемых для химической деструкции очагов поражения на коже, показания и схемы применения при различных нозологиях.

3. Планируемые результаты освоения дисциплины

Знания	Умения
- методы электрохирургии - механизм действия криодеструкции - ключевые аспекты применения СО-2 лазера -техника проведения биопсии кожи	-выбор метода деструкции в соответствии с клинической картиной -выбор препаратов для химической деструкции

4. Содержание рабочей программы

Дисциплина “Методы деструкции новообразований и получения биоптата кожи” включает в себя 2,7 академических часа теоретических занятий, 5,3 академических часов самостоятельной работы. Общая трудоемкость дисциплины составляет 8 академических часов.

№	Наименование дисциплин (модулей), тем	Общая трудоемкость, час	Всего часов		
			Теорет. занятия	Практ. занятия	Самост. работа
10	Методы деструкции новообразований и получения биоптата кожи	8	2,7	-	5,3
10.1.	Диагностическая биопсия кожи	1,9	0,6	-	1,3

10.2.	Электрохирургические методы в дерматологии и косметологии	2,1	1	-	1,1
10.3.	Криодеструкция в дерматовенерологии	1,7	0,5	-	1,2
10.4.	Лазерная деструкция в дерматовенерологии	1,1	0,5	-	0,6
10.5.	Лечение новообразований кожи наружными препаратами	1,2	0,1	-	1,1

Самостоятельная работа № 1 к уроку № 1:

1.Посмотреть обучающее видео о проведении панч-биопсии;

2.Тестирование.

Самостоятельная работа № 2 к уроку № 2: Пробовали ли вы удалять новообразования электрохирургическим методом?

Самостоятельная работа № 3 к уроку № 3: Используете ли вы криодеструкцию в своей практике? Если да, то в каких случаях?

Самостоятельная работа № 3 к уроку № 5: Расскажите о своем опыте ужаления наружными препаратами, если такой имеется

Текущая аттестация предусмотрена в виде практических заданий (тренажеров) и самостоятельных работ. По результатам выполнения практических заданий (тренажеров) и выставляются отметки по двухбалльной системе «зачет» и «не зачет».

Организационно-педагогические условия реализации образовательной программы

Слушатели осваивают образовательную программу с применением исключительно дистанционных образовательных технологий с использованием закрытого раздела сайта, функциональность которого обеспечивается онлайн-платформой GetCourse.

Каждому обучающемуся и педагогическому работнику предоставляется доступ путем передачи на электронную почту логина и пароля к личному кабинету на платформе GetCourse.

Теоретические занятия проводятся в системе дистанционного обучения «Getcourse».

Теоретические занятия предоставляются слушателям в виде видеозаписей уроков, находящихся в личном кабинете в системе дистанционного обучения «Getcourse» в электронном виде в формате mpeg4, а также предоставления обучающимся текстовых материалов к уроку (основные тезисы, важные понятия, статьи, ссылки на публикации).

Общее количество видеозаписей уроков - 55.

Обучающиеся изучают теоретические занятия согласно календарному графику.

После каждого урока слушатель выполняет самостоятельную работу, которая выражается в виде тестирования, ответов на вопросы, изучение учебно-методических материалов, что предназначено для проверки знаний по соответствующему уроку.

Общее количество самостоятельных работ - 61.

Некоторые модули предполагают выполнение обучающимися практических заданий - тренажеров по соответствующему модулю.

Общее количество практических заданий - 24.

Обучающиеся присылают выполненные самостоятельные работы и практические задания в текстовом формате путем предоставления ответов в специальной форме с наименованием «отправить ответ».

К части теоретических занятий прилагаются учебно-методические материалы (презентации уроков с обучающими материалами, публикации).

Общее количество учебно-методических материалов - 133.

Материально-технические условия реализации программы:

Рабочее место преподавателя оборудовано:

1. Монопод трипод для телефона - 1 шт.
2. Кольцевая лампа со штативом, цветная RGB, беспроводная - 1 шт.
3. Штатив для телефона, напольный/настольный - 1 шт.
4. Селфи палка для смартфона, с Bluetooth пультом - 1 шт.
5. Logitech Web-камера с микрофоном Pro Stream C922 HD, черный - 1 шт.
6. Logitech Мышь проводная Оптическая USB-мышь Logitech, белый
7. Игровой ноутбук Gigabyte AORUS 17H BXF, Intel Core i7-13700H (2.4 ГГц), RAM 16 ГБ, SSD 1024 ГБ, NVIDIA GeForce RTX 4080 для ноутбуков (12 Гб), Без системы, (BXF-74KZ554SD), черный, русская раскладка - 1 шт.
8. Web-браузер: Google Chrome, Яндекс Браузер, Mozilla Firefox
9. Электронная почта: Google Документы, Яндекс.Документы
10. Программы архиваторы: WinRAR, 7-Zip.

Оценка качества освоения программы

Общие положения

Оценка качества освоения программы слушателей включает текущий контроль – выполнение самостоятельных работ и практических заданий после прохождения соответствующего урока и итоговый аттестационный контроль в виде итогового тестирования.

Текущий контроль

По результатам выполнения практических заданий и самостоятельных работ выставляются отметки о прохождении модуля по двухбалльной системе «зачет», «не зачет».

Оценка «зачтено» выставляется слушателю, который правильно выполнил не менее 70% практических заданий и самостоятельных работ. Оценка «не зачтено» выставляется слушателю, который не выполнил/ выполнил менее чем 70 % практических заданий и самостоятельных работ.

Слушатель, которому зачтено выполнение всех практических заданий и самостоятельных работ допускается к итоговой аттестации - выпускному тесту.

Итоговая аттестация

Обучение по программе завершается обязательным выполнением итоговой аттестационной работы - выпускным тестированием. Сдача итоговой аттестационной работы входит в нормативный срок освоения образовательной программы. Выпускное тестирование состоит из вопросов по темам:

“Часть 1. Физика, семиотика” - 20 вопросов:

1. Дерматоскопическое исследование можно проводить во всех перечисленных режимах, кроме:

- 1) иммерсионный в простом свете;
- 2) иммерсионный в поляризованном свете;
- 3) бесконтактный в поляризованном свете;
- 4) **бесконтактный в простом свете.**

2. Термин "кросс-поляризация" обозначает:

- 1) **режим исследования, при котором свет проходит через поляризационный фильтр, приобретая свойства поляризованного света, затем попадает на исследуемый объект, отражается и отраженный свет проходит через второй фильтр, ориентированный перпендикулярно первому фильтру, за счет чего отсекаются лучи света, сохранившие поляризацию, заданную первым фильтром.**
- 2) исследование кожи в поляризованном свете;
- 3) до сих пор не понимаю.

3. Какой цвет характерен для меланина, расположенного в дерме?

- 1) черный;
- 2) коричневый;
- 3) **синий;**

4)желтый.

4.Признаками меланоцитарного генеза являются все перечисленные структуры, кроме:

- 1)пигментная сеть;
- 2)точки;**
- 3)глобулы;
- 4)негативная сеть;
- 5)параллельные полосы (в акральных зонах);
- 6)псевдосеть;
- 7)гомогенная голубая зона по всей площади очага.

5.Пигментная сеть может формироваться в результате всех перечисленных гистологических изменений, кроме:

- 1)скопление меланина в кератиноцитах;
- 2)скопление меланоцитов вдоль дермо-эпидермального соединения;
- 3)скопление меланоцитов в верхних слоях эпидермиса.**

6.Очаговое расположение негативной сети может встречаться при:

- 1)меланоме;**
- 2)акральных невусах;
- 3)базалиоме.

7. Полосы в доброкачественных новообразованиях обычно расположены:

- 1)секторально;
- 2)по всему периметру очага.**

8.В доброкачественных акральных невусах параллельные полосы располагаются в проекции:

- 1)борозд дерматоглифов;**
- 2)гребней дерматоглифов.

9.Назовите дерматоскопическую структуру, отмеченную стрелкой:

- 1)полосы;
- 2)бесструктурная зона;
- 3)пигментная сеть;**
- 4)глобулы.

10.Назовите дерматоскопическую структуру, отмеченную стрелкой:

- 1)пигментная сеть;
- 2)полосы;
- 3)бесструктурная зона;
- 4)глобулы.**

11. Назовите дерматоскопическую структуру, отмеченную стрелкой:

- 1)глобулы;
- 2)точки;
- 3)лакуны;**
- 4)полосы.

12.Какой клинический симптом меланомы вы видите?

- 1)симптом красной шапочки;
- 2)симптом гадкого утенка;**
- 3)симптом Sagrada Família.

13. Назовите дерматоскопическую структуру, отмеченную стрелкой:

- 1)глобулы;**
- 2)точки;
- 3)псевдомолекулярные отверстия;
- 4)лакуны.

14. Назовите дерматоскопическую структуру, отмеченную стрелкой:

- 1)глобулы;
- 2)точки;
- 3)псевдомолекулярные отверстия;**
- 4)лакуна.

15. Назовите дерматоскопическую структуру, отмеченную стрелкой:

- 1)типичная пигментная сеть;
- 2)атипичная пигментная сеть;**
- 3)радиальная лучистость;
- 4)псевдоподии.

16. Назовите дерматоскопическую структуру, отмеченную стрелкой:

- 1)атипичная пигментная сеть;
- 2)клякса;**
- 3)глобулы;
- 4)структуры по типу кленовых листьев;

17. Назовите дерматоскопическую структуру, отмеченную стрелкой:

- 1)клякса;
- 2)негативная сеть;
- 3)сине-белая вуаль;**
- 4)кольцо в кольце.

18. Назовите дерматоскопическую структуру, отмеченную стрелкой:

- 1)негативная сеть;
- 2)бесструктурная гипопигментированная зона
- 3)полиморфные сосуды**
- 4)симптом молодого перца

19. Назовите дерматоскопическую структуру, отмеченную кольцом:

- 1)негативная пигментная сеть;
- 2)глобулы;
- 3)симптом молодого перца;**
- 4)атипичная пигментная сеть;.

20. Назовите дерматоскопическую структуру, отмеченную стрелкой:

- 1)глобулы;
- 2)точки;
- 3)милиум-подобные кисты;**

4)лакуны.

“Часть 2. Доброкачественные меланоцитарные новообразования” - 12 вопросов:

1.Какие пигменты "видит" дерматоскоп?

- 1)меланин;
- 2)гемоглобин;
- 3)татуировочные пигменты;
- 4)гемосидерин;

5)все вышеперечисленные пигменты и другие, залегающие в эпидермисе и сосочковом слое дермы.

2.Меланин в верхних слоях эпидермиса имеет цвет:

- 1)синий;
- 2)светло-коричневый;
- 3)темно-коричневый
- 4)черный**

3.Эрозии при дерматоскопии имеют вид

- 1)белых бесструктурных зон;
- 2)участков оранжевого цвета;**
- 3)скоплений светло-коричневых точек;
- 4)красных зон с полиморфными сосудами.

4. Свернувшаяся кровь (например, в тромбированных ангиомах) имеет цвет:

- 1)розовый;
- 2)красный;
- 3)синий;
- 4)черный.**

5.Пигментная сеть считается признаком меланоцитарных новообразований?

- 1)да;**
- 2)нет.

6. Гистологически пигментная сеть соответствует каким двум гистологическим характеристикам?

- 1) скоплению меланина в кератиноцитах
- 2) крупные гнезда меланоцитов в расширенных сосочках дермы
- 3) скоплению меланоцитов вдоль дермо-эпидермального соединения
- 4) сливающимся гнездам меланоцитов в переходной зоне

Варианты ответа:

- 1)1,3;**
- 2)2,4;
- 3)1,2,3;

4)4.

7. Каков гистологический субстрат пигментных глобул в меланоцитарных новообразованиях?

- 1) скопления меланина в кератиноцитах
- 2) крупные гнезда меланоцитов в расширенных сосочках дермы
- 3) скопления меланоцитов вдоль дермо-эпидермального соединения
- 4) сливающиеся гнезда меланоцитов в переходной зоне

Варианты ответа:

- 1)1,3;
- 2)2,4;
- 3)1,2,3;
- 4)4.

8. Выберите правильное утверждение

- 1)Негативная пигментная сеть гистологически соответствует крупным гнездам меланоцитов в расширенных сосочках дермы;
- 2)Негативная пигментная сеть при очаговом расположении и новообразовании может наблюдаться при меланоме
- 3)Диффузное расположение негативной пигментной сети по всей площади новообразования может наблюдаться во врожденных меланоцитарных невусах и невусах Спитц;
- 4)Считается, что наличие зоны с негативной пигментной сетью в меланоме указывает на развитие меланомы из меланоцитарного невуса

5)Все ответы верны.

9. Выберите НЕправильное утверждение:

Атипичная пигментная сеть:

- 1) неоднородна
- 2) линии темнеют и утолщаются
- 3) размер и форма ячеек становятся гетерогенными
- 4) обычно постепенно светлеет и истончается по периферии, переходя в окружающую кожу
- 5) линии нередко гиперпигментированы и по периферии могут резко обрываться на границе с окружающей кожей

Варианты ответа:

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) 5.

10. В псевдосети на коже лица светлые ячейки формируются за счет:

1)сальных желез и волосяных фолликулов;

- 2) сосочков дермы;
- 3) закрытых комедонов;
- 4) дерматоглифов.

11. Выберите правильное утверждение:

Псевдосеть на коже лица встречается в:

- 1) меланоцитарных новообразованиях
- 2) немеланоцитарных новообразованиях
- 3) как в меланоцитарных, так и в не меланоцитарных новообразованиях

Варианты ответа:

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3

12. Псевдоподии и радиальная лучистость:

- 1) Подтипами пигментных полос в меланоцитарных новообразованиях;
- 2) Гистологически соответствуют сливающимися гнездам меланоцитов в переходной зоне;
- 3) При секторальном расположении в меланоцитарном новообразовании требуют исключения диагноза меланомы кожи;
- 4) Все утверждения ошибочны;
- 5) **Все утверждения верны.**

“Часть 3. Доброкачественные немеланоцитарные образования кожи” - 20 вопросов:

1. Выберите НЕВЕРНОЕ утверждение, описывающее лакуны:

- 1) Гистологически соответствуют расширенным сосудам;
- 2) Характерны для гемангиом, ангиокератом, лимфангиом;
- 3) **Могут встречаться в невусах Мейерсона;**

4) могут иметь розовый, красный, синюшно-красный, а при тромбировании черный цвет.

2. Выберите новообразование, при которых милиум-подобные кисты не встречаются никогда:

- 1) себорейный кератоз
- 2) меланома
- 3) невусы
- 4) **гемангиома**

3. Комедоноподобные отверстия могут встречаться при всех перечисленных ниже состояниях. Укажите, для какого состояния комедоноподобные отверстия являются одним из ключевых дерматоскопических признаков.

- 1) склеродермии;
- 2) меланоцитарные невусы;
- 3) гипертрофическая форма красного плоского лишая;

4) себорейный кератоз

4. Структуры по типу отпечатка пальцев:

- 1) Указывают на меланоцитарный генез образования;
- 2) Локализуются на акральной коже;

3) Характерны для лентиго и раннего себорейного кератоза;

4) Характерны для пигментной формы актинического кератоза.

5. Лентиго от невуса помогают отличить все следующие признаки кроме:

1) пигментная сеть;

- 2) гомогенные зоны с очень четкой границей по краю;
- 3) причудливые очертания;
- 4) структуры по типу отпечатков пальцев.

6. Дерматофибромой от невуса помогает отличить все кроме:

1) наличие пигментной сети по периферии.

- 2) белая зона по типу рубца
- 3) плотная консистенция;
- 4) образование ямки при сгибании кожи в складку.

7. Поставьте диагноз (можно увеличить изображение, кликнув по нему):

- 1) беспигментный невус;
- 2) базалиома;
- 3) гиперплазия сальных желез;**
- 4) плоскоклеточный рак.

8. С чем НЕ следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?

- 1) контагиозный моллюск;
- 2) базалиома;
- 3) трихобластома;
- 4) меланоцитарный невус.**

9. Поставьте диагноз:

- 1) актинический кератоз;
- 2) Порокератоз Мибелли;**
- 3) Псориаз;
- 4) ребец.

10. Назовите доминирующую дерматоскопическую структуру:

- 1) структуры по типу толстых пальцев;**
- 2) меланоцитарная сеть;
- 3) борозды;
- 4) псевдофилликулярные отверстия.

11. Поставьте диагноз:

- 1) пигментный актинический кератоз;
- 2) лентиго;**
- 3) невус;
- 4) пигментная базилиома.

12. Поставьте диагноз

- 1) кератома;
- 2) дерматофиброма;**
- 3) гало-невус;
- 4) плоскоклеточный рак.

13. Назовите дерматоскопические структуры

- 1) глобулы;
- 2) лакуны;**
- 3) бесструктурные зоны;
- 4) милиум-подобные кисты.

14. Образование рецидивировало после коагуляции лазером. Поставьте диагноз:

- 1) невус;
- 2) меланома;
- 3) базилиома;
- 4) ангиокератома.**

15. Пациент обратился с жалобами на травмированное образование. Поставьте диагноз:

- 1) базилиома;
- 2) себорейная кератома;**
- 3) меланома;
- 4) актинический кератоз.

16. Какая дерматоскопическая структура отсутствует в данном образовании?

- 1) псевдомолекулярные отверстия;
- 2) борозды;
- 3) структуры по типу толстых пальцев;
- 4) пигментная сеть.**

17. У пациента синдром диспластических невусов. Данный очаг отличается от всех остальных. Поставьте диагноз:

- 1) меланома;
- 2) ангиокератома;
- 3) себорейный кератоз;**
- 4) базилиома.

18. Является ли данное новообразование немеланоцитарным доброкачественным?

- 1)да
- 2)нет**

19.Поставьте диагноз

- 1)ангиокератома;
- 2)розацеа;
- 3)капиллярная ангиодисплазия;**
- 4)постлучевые изменения кожи.

20.Поставьте диагноз

- 1)врожденный меланоцитарный невус;
- 2)себорейный кератоз;**
- 3)базалиома;
- 4)меланома.

“Часть 4. Немеланоцитарные злокачественные новообразования кожи и преканкрозы” - 15 вопросов:

1.Какие дерматоскопические признаки свидетельствуют о том, что базалиома относится к пигментному типу и лечения с применением фотодинамической терапии не подходит? Известно, что пигментная базалиома более устойчива к лечению методом фотодинамической терапии вследствие фотозащитных свойств пигмента.

- 1)участки в форме кленового листа (пигментированные)
- 2)Множественные сине-серые структуры по типу глобул
- 3)Структуры по типу колеса со спицами
- 4)Концентрические глобулы
- 5)Все вышеперечисленное верно**

2.Какая из перечисленных ниже структур не является признаком базалиомы?

- 1)отсутствие пигментной сети
- 2) древообразно ветвящиеся сосуды
- 3)участки в форме кленового листа (беспигментные)
- 4)изъясвление
- 5)розово-белые участки
- 6)структуры по типу белых колец**

3.Для актинического кератоза характерна дерматоскопическая модель строения по типу клубники, которая включает все структуры кроме:

- 1)Розово-красная псевдосеть, окружающая фолликулы
- 2)Бело-желтые поверхностные чешуйки
- 3) Тонкие, линейно-волнистые сосуды, окружающие волосяные фолликулы
- 4) Желтые роговые пробки в отверстиях волосяных фолликулов
- 5) Белая гало-зона вокруг фолликулов
- 6)Точечные сосуды**

4. Для болезни Бовена и плоскоклеточного рака in situ характерны все дерматоскопические признаки кроме:

- 1) Точечные сосуды;
- 2) гломерулярные сосуды;
- 3) беловатые чешуйки
- 4) сосудистая корона**

5. Эритроплазия Кейра при дерматоскопии характеризуется:

- 1) точечными сосудами**
- 2) извилистыми сосудами.

6. Баланопостит при дерматоскопии характеризуется:

- 1) точечными сосудами
- 2) извилистыми сосудами.**

7. Пигментную форму болезни Бовена от меланоцитарных новообразований отличает:

- 1) наличие пигментных глобул;
- 2) наличие пигментных полос;
- 3) гомогенная коричневая зона;
- 4) линейное расположение пигментных глобул.**

8. Является ли образование меланоцитарным?

- 1) да
- 2) нет**

9. Поставьте диагноз

- 1) меланома
- 2) базалиома**
- 3) плоскоклеточный рак
- 4) актинический кератоз

10. Является ли образование меланоцитарным?

- 1) да
- 2) нет**

11. Поставьте диагноз

- 1) кератоакантома
- 2) плоскоклеточный рак
- 3) базалиома**
- 4) трихобластома

12. Поставьте диагноз

- 1) кератоакантома

2) плоскоклеточный рак

3) базалиома

4) трихобластома

13. В данном очаге присутствуют все дерматоскопические структуры, кроме:

1) древовидно ветвящиеся сосуды;

2) сине-серые овоидные структуры по типу глобул;

3) эрозия;

4) концентрические глобулы.

14. Какие дерматоскопические структуры в данном очаге выражены наиболее ярко?

1) точечные сосуды

2) древовидные сосуды

3) молочно-красная вуаль

4) негативные структуры по типу кленовых листьев

15. Поставьте диагноз

1) витилиго

2) рубец;

3) склеродермия;

4) базалиома.

“Часть 5. Меланома” - 20 вопросов:

1. Какие клинические признаки меланомы кожи можно описать на данном снимке?

1) симптом гадкого утенка

2) клинические признаки по правилу ABCD;

3) все вышеперечисленное.

2. Опишите дерматоскопические структуры в данном образовании:

1) белая бесструктурная зона;

2) дугообразные сосуды;

3) милиум-подобные кисты

4) все перечисленное выше.

3. Что отличает рубец в данном невусе от зоны регресса в меланоме?

1) Отсутствие прилегающей бело-голубой вуали

2) Отсутствие симптома молочного пятна в прилежащих участках

3) Сохранение неизменной однородной структуры меланоцитарного невуса в остальных прилежащих участках образования

4) Все перечисленное

4. Какой из снимков сделан в поляризованном режиме?

1) слева

2) справа

5. Поставьте диагноз

- 1) базалиома;
- 2) себорейная кератома;
- 3) диспластический невус;
- 4) меланома.**

6. Какой критерий не входит в алгоритм диагностики меланомы, предложенный Джузеппе Арджензиано?

- 1) Атипичная пигментная сеть
- 2) Бело-голубая вуаль
- 3) Полиморфные сосуды
- 4) Атипичные полосы
- 5) Атипичные точки/глобулы
- 6) Атипичные кляксы
- 7) Структуры регресса
- 8) Негативная пигментная сеть**

7. Согласно модельному анализу меланоцитарных новообразований оцениваются все характеристики кроме:

- 1) цвет
- 2) симметрия
- 3) модель строения
- 4) наличие симптома Красной шапочки**

8. Доброкачественные модели строения меланоцитарных новообразований включают все, кроме:

- 1) сетчатая;
- 2) гомогенная с глобулами по периферии;
- 3) очаги сети, чередующиеся с бесструктурными участками;
- 4) полихроматическая модель строения.**

9. Модели строения меланомы согласно модельному анализу включают все, кроме:

- 1) С очагами атипичной сети по периферии
- 2) С бело-голубой вуалью
- 3) С кляксой не в центре
- 4) С очагом глобул по периферии
- 5) С очагом точечных сосудов
- 6) С белой зоной регресса
- 7) С негативной сетью
- 8) С полиморфными сосудами
- 9) С молочной-красной вуалью
- 10) С сетью в центре и кольцом глобул по периферии**

10. Согласно модельному анализу какие цвета встречаются в доброкачественных меланоцитарных новообразованиях?

- 1) светло-коричневый;
- 2) темно-коричневый;
- 3) черный;
- 4) синий (в отсутствие других цветов);
- 5) все перечисленные.**

11. Согласно ABCD-алгоритму D обозначает:

- 1) диаметр;
- 2) дерматоскопические структуры;**
- 3) длительность существования очага.

12. Согласно ABCD-алгоритму диагноз меланомы очень вероятен при показателе общего дерматоскопического индекса:

- 1) $< 4,75$;
- 2) $4,75 - 5,45$
- 3) $> 5,45$.**

13. Согласно алгоритму "хаос и признаки" термин "хаос" обозначает:

- 1) отсутствие различимых структур
- 2) неясный диагноз
- 3) асимметрия цветов или структур.**

14. Алгоритм "хаос и признаки" не применяется для анализа симметричных образований, за исключением:

- 1) образований на коже лица с серыми или синими структурами
- 2) акральные образования с картиной параллельных полос в области гребней дерматоглифов;
- 3) любых постоянно растущих, возвышающихся образований плотной консистенции
- 4) всего перечисленного**

15. Согласно алгоритму "хаос и признаки" показанием к удалению является все кроме:

- 1) бесструктурная область, расположенная не в центре;
- 2) серые или синие структуры;
- 3) черные точки или глыбки, расположенные по периферии;
- 4) очаг негативной сети.**

16. Согласно алгоритму "хаос и признаки" показанием к удалению является все кроме:

- 1) радиальные линии или псевдоподы, расположенные сегментарно;
- 2) полиморфные сосуды
- 3) белые линии
- 4) сетчатые или ветвящиеся линии, утолщенные
- 5) концентрические глобулы**

17. BRAAFF алгоритм, предложенный А. Лалласом, предназначен для диагностики:

- 1) акральной меланомы;
- 2) меланомы слизистых оболочек;
- 3) меланомы на коже лица;
- 4) меланомы на гладкой коже.

18. Какие сосудистые структуры преобладают в тонкой меланоме?

- 1) сосуды шпильки;
- 2) **точечные сосуды;**
- 3) полиморфные сосуды.

19. Для инвазивной меланомы характерны:

- 1) точечные сосуды;
- 2) **молочно-красная вуаль.**

20. С наличием 1 или более митозов ассоциированы такие дерматоскопические признаки как:

- 1) **полосы по периферии и наличие черного цвета;**
- 2) наличие атипичной пигментной сети и коричневого цвета.

“Часть 6. Тактика ведения и возрастные особенности” - 10 вопросов.

1. К меланоцитарным новообразованиям, чаще всего вызывающим сложности в диагностике и ведении в детском возрасте, относятся:

- 1) **Невус Спитц;**
- 2) Невус Шпилюс
- 3) Невус Мейерсона
- 4) Невус Унны.

2. Наихудший прогноз ассоциирован с врожденными меланоцитарными невусами:

- 1) Среднего размера
- 2) Гигантского размера (занимающие анатомическую область и более)
- 3) Гигантского размера в ассоциации с нейрокожным меланозом
- 4) **Гигантского размера в ассоциации с нейрокожным меланозом и симптомами повышения внутримозгового давления**

3. Тактика ведения невусов Спитц у детей при типичной клинической дерматоскопической картине:

- 1) **Консервативная до 12 лет**
- 2) Диагностическая эксцизионная биопсия независимо от возраста.

4. Показания к диагностической биопсии невусов Спитц и невусов Рида у детей?

- 1) размер более 1 см
- 2) быстрый рост;

3) атипичная клиническая и дерматоскопическая картина;

4) кровоточивость, корки

5) все вышеперечисленное верно.

5. Меланома у детей:

1) встречается крайне редко;

2) часто не имеет классических признаков (согласно правилу ABCD)

3) все перечисленное верно;

4) все перечисленное неверно.

6. К особенностям новообразований в пожилом возрасте можно отнести:

1) прогрессивное снижение числа меланоцитарных невусов с возрастом

2) повышение вероятности развития более одной злокачественной опухоли кожи (синхронно или метастатично)

3) все перечисленное верно;

4) все перечисленное неверно.

7. Показания к обязательному осмотру всего кожного покрова в возрасте после 50 лет:

1) наличие признаков фотоповреждения кожи

2) наличие любой злокачественной опухоли кожи в анамнезе

3) все перечисленное верно;

4) все перечисленное неверно.

8. В каком возрасте наличие модели строения с признаками роста (кольцо глобул по периферии, лучистость) является показанием к эксцизионной диагностической биопсии?

1) в детском;

2) во взрослом.

9. При обнаружении новообразований с клиническими признаками пиогенной гранулемы показано:

1) эксцизионная диагностическая биопсия с гистологическим исследованием независимо от возраста

2) химическая деструкция

3) криодеструкция

4) электрокоагуляция

10. При обнаружении плоского пигментного образования на коже лица в пожилом возрасте следует проводить дифференциальную диагностику между всеми новообразованиями кроме:

1) злокачественное лентигино;

2) пигментная форма себорейного кератоза;

3) пигментная форма актинического кератоза;

4) меланоцитарный невус.

Каждый правильный ответ оценивается в 1 балл.

Выпускное тестирование считается успешно выполненным при получении следующих баллов:

“Часть 1. Физика, семиотика” - 17 баллов из 20

“Часть 2. Доброкачественные меланоцитарные новообразования” - 10 баллов из 12

“Часть 3. Доброкачественные немеланоцитарные образования кожи” - 17 баллов из 20

“Часть 4. Немеланоцитарные злокачественные новообразования кожи и преинвазивы” - 12 баллов из 15

“Часть 5. Меланома” - 17 баллов из 20

“Часть 6. Тактика ведения и возрастные особенности” - 8 баллов из 10

По результатам итоговой аттестации выставляются отметки по двухбалльной системе «зачет», «не зачет».

Обучающимся, имеющим положительный результат по итоговой аттестации и удовлетворяющим вышеуказанным требованиям к уровню образования, выдается сертификат, подтверждающий прохождение дополнительной общеобразовательной программы - дополнительной общеразвивающей программы “Дерматоскопия” в объеме 72 академических часов.

Информационное обеспечение реализации программы

Для реализации программы библиотечный фонд должен иметь печатные и/или электронные образовательные и информационные ресурсы, рекомендуемые для использования в образовательном процессе.

1. Errichetti E, Stinco G. The practical usefulness of dermoscopy in general dermatology. *G Ital Dermatol Venereol.* 2015;150:533–46.
2. Lallas A, Giacomel J, Argenziano G, et al. Dermoscopy in general dermatology: practical tips for the clinician. *Br J Dermatol.* 2014;170:514–26.
3. Lallas A, Zalaudek I, Argenziano G, et al. Dermoscopy in general dermatology. *Dermatol Clin.* 2013;31:679–94.
4. Zalaudek I, Argenziano G, Di Stefani A, et al. Dermoscopy in general dermatology. *Dermatology.* 2006;212:7–18.
5. Micali G, Lacarrubba F, Massimino D, Schwartz RA. Dermatoscopy: alternative uses in daily clinical practice. *J Am Acad Dermatol.* 2011;64:1135–46.
6. Zalaudek I, Lallas A, Moscarella E, Longo C, Soyer HP, Argenziano G. The dermatologist's stethoscope-traditional and new applications of dermoscopy. *Dermatol Pract Concept.* 2013;3:67–71.
7. Miteva M, Tosti A. Hair and scalp dermatoscopy. *J Am Acad Dermatol.* 2012;67:1040–8
8. Lencastre A, Lamas A, Sa' D, Tosti A. Onychoscopy. *Clin Dermatol.* 2013;31:587–93.
9. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. "The Oxford 2011 Levels of Evidence". Available at: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>. Accessed 8 August 2016.
10. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. "The systematic review of studies of diagnostic test accuracy". Available at: http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_The-systematic-review-of-studies-of-diagnostic-test-accuracy.pdf. Accessed 8 August 2016.
11. Rutjes AW, Reitsma JB, Vandenbroucke JP, Glas AS, Bossuyt PM. Case-control and two-gate designs in diagnostic accuracy studies. *Clin Chem.* 2005;51:1335–41.
12. Porta M, editor. *A dictionary of epidemiology.* 6th ed. New York: Oxford University Press; 2014.
13. Lallas A, Kyrgidis A, Tzellos TG, et al. Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of psoriasis, dermatitis, lichen planus and pityriasis rosea. *Br J Dermatol.* 2012;166:1198–205.
14. Va'zquez-Lo'pez F, Manjo'n-Haces JA, Maldonado-Seral C, Raya-Aguado C, Pe'rez-Oliva N, Marghoob AA. Dermoscopic features of plaque psoriasis and lichen planus: new observations. *Dermatology.* 2003;207:151–6.
15. Zalaudek I, Argenziano G. Dermoscopy subpatterns of inflammatory skin disorders. *Arch Dermatol.* 2006;142:808.
16. Lallas A, Apalla Z, Karteridou A, Lefaki I. Dermoscopy for discriminating between pityriasis rubra pilaris and psoriasis. *J Dermatol Case Rep.* 2013;7:20–2.
17. Moscarella E, Longo C, Zalaudek I, Argenziano G, Piana S, Lallas A. Dermoscopy and confocal microscopy clues in the diagnosis of psoriasis and porokeratosis. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69:e231–3.
18. Errichetti E, Maione V, Pegolo E, Stinco G. Dermoscopy: a useful auxiliary tool in the diagnosis of type 1 segmental Darier's disease. *Dermatol Pract Concept.* 2016;6:53–5.
19. Va'zquez-Lo'pez F, Kreuzsch J, Marghoob AA. Dermoscopic semiology: further insights into vascular features by screening a large spectrum of nontumoral skin lesions. *Br J Dermatol.* 2004;150:226–31.
20. Xu C, Liu J, Chen D, Liu Y, Sun Q. Roles of dermoscopy in differential diagnosis of psoriasis and eczema. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* 2014;94:2833–7.

21. Lallas A, Apalla Z, Tzellos T, Lefaki I. Dermoscopy in clinically atypical psoriasis. *J Dermatol Case Rep.* 2012;6:61–2.
22. Va'zquez Lo'pez F, Gonza'lez-Lara L, Martin JS, Argenziano G, Dr K. Holubar (1936–2013). Teaching with dermoscopy: revealing the subsurface morphology of Auspitz's sign and psoriasis. *Int J Dermatol.* 2014;53:e322–4.
23. Lallas A, Apalla Z, Argenziano G, et al. Dermoscopic pattern of psoriatic lesions on specific body sites. *Dermatology.* 2014;228:250–4.
24. Lacarrubba F, D'Amico V, Nasca MR, Dinotta F, Micali G. Use of dermoscopy and videodermoscopy in therapeutic follow-up: a review. *Int J Dermatol.* 2010;49:866–73.
25. Lacarrubba F, Pellacani G, Gurgone S, Verzi` AE, Micali G. Advances in non-invasive techniques as aids to the diagnosis and monitoring of therapeutic response in plaque psoriasis: a review. *Int J Dermatol.* 2015;54:626–34.
26. Lallas A, Argenziano G, Apalla Z, et al. Dermoscopic patterns of common facial inflammatory skin diseases. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014;28:609–14.
27. Va'zquez-Lo'pez F, Zaballos P, Fueyo-Casado A, Sa'nchez-Marti'n J. A dermoscopy subpattern of plaque-type psoriasis: red globular rings. *Arch Dermatol.* 2007;143:1612.
28. Errichetti E, Stinco G. Dermoscopy in differential diagnosis of palmar psoriasis and chronic hand eczema. *J Dermatol.* 2016;43:423–5.
29. Errichetti E, Piccirillo A, Stinco G. Dermoscopy as an auxiliary tool in the differentiation of the main types of erythroderma due to dermatological disorders. *Int J Dermatol.* 2016;. doi:10.1111/ijd. 13322.
30. Navarini AA, Feldmeyer L, To'ndury B, et al. The yellow clod sign. *Arch Dermatol.* 2011;147:1350.
31. Chuh AA. Collarette scaling in pityriasis rosea demonstrated by digital epiluminescence dermoscopy. *Australas J Dermatol.* 2001;42:288–90.
32. Chuh AA. The use of digital epiluminescence dermoscopy to identify peripheral scaling in pityriasis rosea. *Comput Med Imaging Graph.* 2002;26:129–34.
33. Lallas A, Apalla Z, Lefaki I, et al. Dermoscopy of early stage mycosis fungoides. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013;27:617–21.
34. Errichetti E, Piccirillo A, Viola L, Stinco G. Dermoscopy of subacute cutaneous lupus erythematosus. *Int J Dermatol.* 2016;. doi:10.1111/ ijd.13331.
35. Va'zquez-Lo'pez F, Alvarez-Cuesta C, Hidalgo-Garci'a Y, Pe'rez-Oliva N. The handheld dermatoscope improves the recognition of Wickham striae and capillaries in lichen planus lesions. *Arch Dermatol.* 2001;137:1376.
36. Va'zquez-Lo'pez F, Vidal AM, Zalaudek I. Dermoscopic subpatterns of ashy dermatosis related to lichen planus. *Arch Dermatol.* 2010;146:110.
37. Va'zquez-Lo'pez F, Go'mez-Di'ez S, Sa'nchez J, Pe'rez-Oliva N. Dermoscopy of active lichen planus. *Arch Dermatol.* 2007;143:1092.
38. Gu'ngo'r S, Topal IO, Go'ncu' EK. Dermoscopic patterns in active and regressive lichen planus and lichen planus variants: a morphological study. *Dermatol Pract Concept.* 2015;5:45–53.
39. Friedman P, Sabban EC, Marcucci C, Peralta R, Cabo H. Dermoscopic findings in different clinical variants of lichen planus. Is dermoscopy useful? *Dermatol Pract Concept.* 2015;5:51–5.
40. Errichetti E, Lacarrubba F, Micali G, Piccirillo A, Stinco G. Differentiation of pityriasis lichenoides chronica from guttate psoriasis by dermoscopy. *Clin Exp Dermatol.* 2015;40:804–6.
41. Stinco G, Buligan C, Errichetti E, Valent F, Patrone P. Clinical and capillaroscopic modifications of the psoriatic plaque during therapy: observations with oral acitretin. *Dermatol Res Pract.* 2013;2013:781942.

42. Delfino M, Argenziano G, Nino M. Dermoscopy for the diagnosis of porokeratosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2004;18:194–5.
43. Zaballos P, Puig S, Malveyh J. Dermoscopy of disseminated superficial actinic porokeratosis. *Arch Dermatol.* 2004;140:1410.
44. Panasiti V, Rossi M, Curzio M, Bruni F, Calvieri S. Disseminated superficial actinic porokeratosis diagnosed by dermoscopy. *Int J Dermatol.* 2008;47:308–10.
45. Pizzichetta MA, Canzonieri V, Massone C, Soyer HP. Clinical and dermoscopic features of porokeratosis of Mibelli. *Arch Dermatol.* 2009;145:91–2.
46. Oiso N, Kawada A. Dermoscopic features in disseminated superficial actinic porokeratosis. *Eur J Dermatol.* 2011;21:439–40.
47. Uhara H, Kamijo F, Okuyama R, Saida T. Open pores with plugs in porokeratosis clearly visualized with the dermoscopic furrow ink test: report of 3 cases. *Arch Dermatol.* 2011;147:866–8.
48. Hayashi Y, Ozeki M, Ishizaki S, et al. Inguinal porokeratosis in a Japanese man. *Dermatol Pract Concept.* 2013;3:29–31.
49. Vargas-Laguna E, Nagore E, Alfaro A, et al. Monitoring the evolution of a localized type of porokeratosis using dermatoscopy. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:77–8.
50. Moura FN, Thomas L, Balme B, Dalle S. Dermoscopy of lymphomatoid papulosis. *Arch Dermatol.* 2009;145:966–7.
51. Errichetti E, Stinco G. Usefulness of dermoscopy in poikiloderma vasculare atrophicans/parakeratosis variegata. *Eur J Dermatol.* 2016;26:300–2.
52. Errichetti E, De Francesco V, Pegolo E, Stinco G. Dermoscopy of Grover’s disease: variability according to histological subtype. *J Dermatol.* 2016;43:937–9.
53. Giacomel J, Zalaudek I, Argenziano G. Dermoscopy of Grover’s disease and solitary acantholytic dyskeratoma shows a brown, starlike pattern. *Australas J Dermatol.* 2012;53:315–6.
54. Sadayasu A, Maumi Y, Hayashi Y, et al. Dermoscopic features of a case of transient acantholytic dermatosis. *Australas J Dermatol.* 2016;. doi:10.1111/ajd.12434.
55. Marchetti MA, Fonseca M, Dusza SW, et al. Dermoscopic clues to diagnose acantholytic dyskeratosis. *Dermatol Pract Concept.* 2015;5:11–28.
56. Errichetti E, Stinco G, Lacarrubba F, Micali G. Dermoscopy of Darier’s disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;. doi:10.1111/jdv.13238. x.
57. Lacarrubba F, Verzi` AE, Errichetti E, Stinco G, Micali G. Darier disease: dermoscopy, confocal microscopy, and histologic correlations. *J Am Acad Dermatol.* 2015;73:e97–9.
58. Va’zquez-Lo’pez F, Lopez-Escobar M, Maldonado-Seral C, Perez-Oliva N, Marghoob AA. The handheld dermoscope improves the recognition of giant pseudocomedones in Darier’s disease. *J Am Acad Dermatol.* 2004;50:454–5.
59. Lallas A, Argenziano G, Longo C, et al. Polygonal vessels of rosacea are highlighted by dermoscopy. *Int J Dermatol.* 2014;53:e325–7.
60. Rubegni P, Tataranno DR, Nami N, Fimiani M. Rosettes: optical effects and not dermoscopic patterns related to skin neoplasms. *Australas J Dermatol.* 2013;54:271–2.
61. Lallas A, Apalla Z, Lefaki I, et al. Dermoscopy of discoid lupus erythematosus. *Br J Dermatol.* 2013;168:284–8.
62. Inui S, Itami S, Murakami M, Nishimoto N. Dermoscopy of discoid lupus erythematosus: report of two cases. *J Dermatol.* 2014;41:756–7.
63. Lopez-Tintos BO, Garcia-Hidalgo L, Orozco-Topete R. Dermoscopy in active discoid lupus. *Arch Dermatol.* 2009;145:358.
64. Lallas A, Apalla Z, Argenziano G, Moscarella E, Longo C, Zalaudek I. Clues for differentiating discoid lupus erythematosus from actinic keratosis. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69:e5–6.

65. Giacomel J, Zalaudek I, Argenziano G, Lallas A. Dermoscopy of hypertrophic lupus erythematosus and differentiation from squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 2015;72:S33–6.
66. Pellicano R, Tiodorovic-Zivkovic D, Gourhant JY, et al. Dermoscopy of cutaneous sarcoidosis. *Dermatology.* 2010;221:51–4.
67. Bombonato C, Argenziano G, Lallas A, Moscarella E, Ragazzi M, Longo C. Orange color: a dermoscopic clue for the diagnosis of granulomatous skin diseases. *J Am Acad Dermatol.* 2015;72:S60–3.
68. Hadj I, Mernissi FZ. Dermoscopic features of sarcoidosis. *Pan Afr Med J.* 2014;18:111.
69. Balestri R, La Placa M, Bardazzi F, Rech G. Dermoscopic subpatterns of granulomatous skin diseases. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69:e217–8.
70. Vazquez-Lopez F, Palacios-Garcia L, Gomez-Diez S, Argenziano G. Dermoscopy for discriminating between lichenoid sarcoidosis and lichen planus. *Arch Dermatol.* 2011;147:1130.
71. Huet P, Barne'on G, Cribier B. Cutaneous sarcoidosis: correlation between dermatopathology and dermoscopy. *Ann Dermatol Venereol.* 2016;143:404–6.
72. Brasiello M, Zalaudek I, Ferrara G, et al. Lupus vulgaris: a new look at an old symptom—the lupoma observed with dermoscopy. *Dermatology.* 2009;218:172–4.
73. Llambrich A, Zaballos P, Terrasa F, Torne I, Puig S, Malvehy J. Dermoscopy of cutaneous leishmaniasis. *Br J Dermatol.* 2009;160:756–61.
74. Yu'cel A, Gu'nas,ti S, Denli Y, Uzun S. Cutaneous leishmaniasis: new dermoscopic findings. *Int J Dermatol.* 2013;52:831–7.
75. Taheri AR, Pishgooei N, Maleki M, et al. Dermoscopic features of cutaneous leishmaniasis. *Int J Dermatol.* 2013;52:1361–6.
76. Ramot Y, Nanova K, Alper-Pinus R, Zlotogorski A. Zosteriform cutaneous leishmaniasis diagnosed with the help of dermoscopy. *Dermatol Pract Concept.* 2014;4:55–7.
77. Ayhan E, Ucmak D, Baykara SN, Akkurt ZM, Arica M. Clinical and dermoscopic evaluation of cutaneous leishmaniasis. *Int J Dermatol.* 2015;54:193–201.
78. Caltagirone F, Pistone G, Arico M, et al. Vascular patterns in cutaneous leishmaniasis: a videodermatoscopic study. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2015;81:394–8.
79. Buljan M, Zalaudek I, Massone C, Hofmann-Wellenhof R, Fink-Puches R, Arzberger E. Dermoscopy and reflectance confocal microscopy in cutaneous leishmaniasis on the face. *Australas J Dermatol.* 2015;. doi:10.1111/ajd.12404.
80. Dobrev HP, Nocheva DG, Vuchev DI, Grancharova RD. Cutaneous leishmaniasis—dermoscopic findings and cryotherapy. *Folia Med (Plovdiv).* 2015;57:65–8.
81. Caldarola G, Zalaudek I, Argenziano G, Bisceglia M, Pellicano R. Granuloma faciale: a case report on long-term treatment with topical tacrolimus and dermoscopic aspects. *Dermatol Ther.* 2011;24:508–11.
82. Lallas A, Sidiropoulos T, Lefaki I, Tzellos T, Sotiriou E, Apalla Z. Photoletter to the editor: dermoscopy of granuloma faciale. *J Dermatol Case Rep.* 2012;6:59–60.
83. Teixeira DA, Estrozi B, Ianhez M. Granuloma faciale: a rare disease from a dermoscopy perspective. *An Bras Dermatol.* 2013;88:97–100.
84. Segal R, Mimouni D, Feuerman H, Pagovitz O, David M. Dermoscopy as a diagnostic tool in demodicidosis. *Int J Dermatol.* 2010;49:1018–23.
85. Errichetti E, Stinco G. Dermoscopy as a supportive instrument in the differentiation of the main types of acquired keratoderma due to dermatological disorders. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;. doi:10.1111/jdv.13566.
86. Fern'andez-Crehuet P, Ruiz-Villaverde R. Dermoscopic features of aquagenic syringeal acrokeratoderma. *Int J Dermatol.* 2016;. doi:10.1111/ijd.13247.

87. Sezer E, Erkek E, Duman D, Sahin S, Cetin E. Dermatoscopy as an adjunctive diagnostic tool in aquagenic syringal acrokeratoderma. *Dermatology*. 2012;225:97–9.
88. Ghosh SK, Agarwal M, Ghosh S, Dey AK. Aquagenic palmar wrinkling in two Indian patients with special reference to its dermoscopic pattern. *Dermatol Online J*. 2015;21:6.
89. Lallas A, Zaballos P, Zalaudek I, et al. Dermoscopic patterns of granuloma annulare and necrobiosis lipoidica. *Clin Exp Dermatol*. 2013;38:425–7.
90. Pellicano R, Caldarola G, Filabozzi P, Zalaudek I. Dermoscopy of necrobiosis lipoidica and granuloma annulare. *Dermatology*. 2013;226:319–23.
91. Conde-Montero E, Avile´s-Izquierdo JA, Mendoza-Cembranos MD, Parra-Blanco V. Dermoscopy of necrobiosis lipoidica. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:534–7.
92. Bakos RM, Cartell A, Bakos L. Dermatoscopy of early-onset necrobiosis lipoidica. *J Am Acad Dermatol*. 2012;66:e143–4.
93. Balestri R, La Placa M, Bardazzi F, Rech G. Dermoscopic subpatterns of granulomatous skin diseases. *J Am Acad Dermatol*. 2013;69:e217–8.
94. Shim WH, Jwa SW, Song M, et al. Diagnostic usefulness of dermatoscopy in differentiating lichen sclerosus et atrophicus from morphea. *J Am Acad Dermatol*. 2012;66:690–1.
95. Tiodorovic-Zivkovic D, Argenziano G, Popovic D, Zalaudek I. Clinical and dermoscopic findings of a patient with co-existing lichen planus, lichen sclerosus and morphea. *Eur J Dermatol*. 2012;22:143–4.
96. Campione E, Paterno` EJ, Diluvio L, Orlandi A, Bianchi L, Chimenti S. Localized morphea treated with imiquimod 5% and dermoscopic assessment of effectiveness. *J Dermatol Treat*. 2009;20:10–3.
97. Garrido-Ri´os AA, Alvarez-Garrido H, Sanz-Mun˜oz C, Aragonese-Fraile H, Manchado-Lo´pez P, Miranda-Romero A. Dermoscopy of extragenital lichen sclerosus. *Arch Dermatol*. 2009;145:1468.
98. Lacarrubba F, Dinotta F, Nasca MR, Fabbrocini G, Micali G. Localized vascular lesions of the glans in patients with lichen sclerosus diagnosed by dermatoscopy. *G Ital Dermatol Venereol*. 2012;147:510–1.
99. Horcajada-Reales C, Campos-Domı´nguez M, Conde-Montero E, Parra-Blanco V, Sua´rez-Ferna´ndez R. Comedo-like openings in dermatoscopy: an essential diagnostic clue for lichen sclerosus, even in children. *J Am Acad Dermatol*. 2015;72:S4–5.
100. Lacarrubba F, Pellacani G, Verzi` AE, Pippione M, Micali G. Extragenital lichen sclerosus: clinical, dermoscopic, confocal microscopy and histologic correlations. *J Am Acad Dermatol*. 2015;72:S50–2.
101. Errichetti E, Stinco G. Dermoscopy of idiopathic guttate hypomelanosis. *J Dermatol*. 2015;42:1118–9.
102. Chuh AA, Zawar V. Demonstration of residual perifollicular pigmentation in localized vitiligo—a reverse and novel application of digital epiluminescence dermatoscopy. *Comput Med Imaging Graph*. 2004;28:213–7.
103. Meng R, Zhao G, Cai RK, Xiao M, Jiang Z. Application of polarized light dermatoscopy in the early diagnosis of vitiligo and its differential diagnosis from other depigmented diseases. *Chin J Dermatol*. 2009;42:810–3.
104. Thatte SS, Khopkar US. The utility of dermatoscopy in the diagnosis of evolving lesions of vitiligo. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2014;80:505–8.
105. Ankad BS, Bergouder SL. Dermoscopic evaluation of idiopathic guttate hypomelanosis: a preliminary observation. *Indian Dermatol Online J*. 2015;6:164–7.
106. Errichetti E, Piccirillo A, Stinco G. Dermoscopy of prurigo nodularis. *J Dermatol*. 2015;42:632–4.

107. Zhou H, Tang XH, De Han J, Chen MK. Dermoscopy as an ancillary tool for the diagnosis of pityriasis versicolor. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73:e205–6.
108. Haldar SS, Khopkar U. Dermoscopy of Lichen Planus. In: Khopkar U, Valia A, editors. *Lichen Planus*. 1st ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2013. p. 148–62.
109. Murzaku EC, Bronsnick T, Rao BK. Axillary lichen planus pigmentosus-inversus: dermoscopic clues of a rare entity. Diagnosis: Lichen planus pigmentosus (LPP). *J Am Acad Dermatol*. 2014;71:e119–20.
110. Errichetti E, Maione V, Stinco G. Dermoscopy of confluent and reticulated papillomatosis (Gougerot–Carteaud syndrome). *J Dtsch Dermatol Ges*. 2016 (in press).
111. Bernardes Filho F, Quaresma MV, Rezende FC, Kac BK, Nery JA, Azulay-Abulafia L. Confluent and reticulate papillomatosis of Gougerot–Carteaud and obesity: dermoscopic findings. *An Bras Dermatol*. 2014;89:507–9.
112. Massone C, Hofmann-Wellenhof R. Dermoscopy of Dowling–Degos disease of the vulva. *Arch Dermatol*. 2008;144:417–8.
113. Geissler S, Dyall-Smith D, Coras B, Guther S, Peters B, Stolz W. Unique brown star shape on dermoscopy of generalized Dowling–Degos disease. *Australas J Dermatol*. 2011;52:151–3.
114. Nirmal B, Dongre AM, Khopkar US. Dermoscopic features of hyper and hypopigmented lesions of Dowling Degos disease. *Indian J Dermatol*. 2016;61:125.
115. Chuang YY, Lee DD, Lin CS, et al. Characteristic dermoscopic features of primary cutaneous amyloidosis: a study of 35 cases. *Br J Dermatol*. 2012;167:548–54.
116. Abdel-Razek MM, Fathy H. Terra firma-forme dermatosis: case series and dermoscopic features. *Dermatol Online J*. 2015;21:10.
117. Vano-Galvan S, Alvarez-Twose I, De las Heras E, et al. Dermoscopic features of skin lesions in patients with mastocytosis. *Arch Dermatol*. 2011;147:932–40.
118. Akay BN, Kittler H, Sanli H, Harmankaya K, Anadolu R. Dermoscopic findings of cutaneous mastocytosis. *Dermatology*. 2009;218:226–30.
119. Miller MD, Nery NS, Gripp AC, Maceira JP, Nascimento GM. Dermoscopic findings of urticaria pigmentosa. *An Bras Dermatol*. 2013;88:986–8.
120. Gutierrez-Gonzalez E, Ginarte M, Toribio J. Cutaneous mastocytosis with systemic involvement mimicking clinical and dermoscopically multiple melanocytic nevi. *Dermatol Online J*. 2011;17:15.
121. Unterstell N, Lavorato FG, Nery NS, Mann D, Alves Mde F, Barcau' C. Dermoscopic findings in telangiectasia macularis eruptiva perstans. *An Bras Dermatol*. 2013;88:643–5.
122. de Coelho Sousa V, Oliveira A. Inflammoscopy in the diagnosis of hypertrophic lichen planus. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73:e171–3.
123. Suh KS, Han SH, Lee KH, et al. Mites and burrows are frequently found in nodular scabies by dermoscopy and histopathology. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71:1022–3.
124. Kittisak P, Tanaka M. Dermoscopic findings in a case of reactive perforating collagenosis. *Dermatol Pract Concept*. 2015;5:75–7.
125. Ramirez-Fort MK, Khan F, Rosendahl CO, Mercer SE, Shim-Chang H, Levitt JO. Acquired perforating dermatosis: a clinical and dermoscopic correlation. *Dermatol Online J*. 2013;19:18958.
126. Campione E, Diluvio L, Terrinoni A, et al. Severe erythrodermic psoriasis in child twins: from clinical-pathological diagnosis to treatment of choice through genetic analyses: two case reports. *BMC Res Notes*. 2014;7:929.
127. Bollea Garlatti LA, Torre AC, Bollea Garlatti ML, Galimberti RL, Argenziano G. Dermoscopy aids the diagnosis of crusted scabies in an erythrodermic patient. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73:e93–5.

128. Errichetti E, Lacarrubba F, Micali G, Stinco G. Dermoscopy of Zoon's plasma cell balanitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;. doi:10.1111/jdv. 13538.
129. Lacarrubba F, NascaMR, Micali G. Videodermoscopy enhances diagnostic capability in psoriatic balanitis. *J Am Acad Dermatol*. 2009;61:1084–6.
130. Friedman BJ, Kohen LL. A case of pigmented penile intraepithelial neoplasia: dermoscopic and clinicohistopathologic analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2015;72:S71–2.
131. Ross EK, Vincenzi C, Tosti A. Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55:799–806.
132. Chiramel MJ, Sharma VK, Khandpur S, Sreenivas V. Relevance of trichoscopy in the differential diagnosis of alopecia: a cross-sectional study from North India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2016;. doi:10.4103/0378-6323.183636.
133. Rakowska A, Slowinska M, Kowalska-Oledzka E, et al. Trichoscopy of cicatricial alopecia. *J Drugs Dermatol*. 2012;11:753–8.
134. Lanuti E, Miteva M, Romanelli P, Tosti A. Trichoscopy and histopathology of follicular keratotic plugs in scalp discoid lupus erythematosus. *Int J Trichol*. 2012;4:36–8.
135. Tosti A, Torres F, Misciali C, et al. Follicular red dots: a novel dermoscopic pattern observed in scalp discoid lupus erythematosus. *Arch Dermatol*. 2009;145:1406–9.
136. Abraham LS, Pineiro-Maceira J, Duque-Estrada B, Barcaui CB, Sodre CT. Pinpoint white dots in the scalp: dermoscopic and histopathologic correlation. *J Am Acad Dermatol*. 2010;63:721–2.
137. Abedini R, Kamyab Hesari K, Daneshpazhooh M, Ansari MS, Tohidinik HR, Ansari M. Validity of trichoscopy in the diagnosis of primary cicatricial alopecias. *Int J Dermatol*. 2016;. doi:10.1111/ijd. 13304.
138. Nikam VV, Mehta HH. A nonrandomized study of trichoscopy patterns using nonpolarized (contact) and polarized (noncontact) dermatoscopy in hair and shaft disorders. *Int J Trichol*. 2014;6:54–62.
139. Lacarruba F, Dall'Oglio F, Rita Nasca M, Micali G. Videodermoscopy enhances diagnostic capability in some forms of hair loss. *Am J Clin Dermatol*. 2004;5:205–8.
140. Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, Slowinska M. Trichoscopy update 2011. *J Dermatol Case Rep*. 2011;5:82–8.
141. Duque-Estrada B, Tamler C, Sodre CT, Barcaui CB, Pereira FB. Dermoscopy patterns of cicatricial alopecia resulting from discoid lupus erythematosus and lichen planopilaris. *An Bras Dermatol*. 2010;85:179–83.
142. Rubegni P, Mandato F, Fimiani M. Frontal fibrosing alopecia: role of dermoscopy in differential diagnosis. *Case Rep Dermatol*. 2010;2:40–5.
143. Inui S, Nakajima T, Shono F, Itami S. Dermoscopic findings in frontal fibrosing alopecia: report of four cases. *Int J Dermatol*. 2008;47:796–9.
144. Miteva M, Whiting D, Harries M, Bernardes A, Tosti A. Frontal fibrosing alopecia in black patients. *Br J Dermatol*. 2012;167:208–10.
145. Fabris MR, Melo CP, Melo DF. Folliculitis decalvans: the use of dermatoscopy as an auxiliary tool in clinical diagnosis. *An Bras Dermatol*. 2013;88:814–6.
146. Otberg N, Kang H, Alzolibani AA, Shapiro J. Folliculitis decalvans. *Dermatol Ther*. 2008;21:238–44.
147. Baroni A, Romano F. Tufted hair folliculitis in a patient affected by pachydermoperiostosis: case report and videodermoscopic features. *Skinmed*. 2011;9:186–8.
148. Rudnicka L, Rakowska A, Olszewska M, et al. Hair shafts. In: Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, editors. *Atlas of trichoscopy*. 1st ed. London: Springer; 2012. p. 11–46.
149. Qi S, Zhao Y, Zhang X, Li S, Cao H, Zhang X. Clinical features of primary cicatricial alopecia in Chinese patients. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2014;80:306–12.

150. Kaliyadan F, Ameer AA. Localized and linear lichen planopilaris over the face and scalp with associated alopecia—clinical and dermoscopy pattern. *Dermatol Online J*. 2015;21:9.
151. Rakowska A, Slowinska M, Olszewska M, Rudnicka L. New trichoscopy findings in trichotillomania: flame hairs, V-sign, hook hairs, hair powder, tulip hairs. *Acta Derm Venereol*. 2014;94:303–6.
152. Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, Czuwara J. Alopecia areata. In: Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, editors. *Atlas of trichoscopy*. 1st ed. London: Springer; 2012. p. 205–20.
153. Inui S, Nakajima T, Nakagawa K, Itami S. Clinical significance of dermoscopy in alopecia areata: analysis of 300 cases. *Int J Dermatol*. 2008;47:688–93.
154. Mane M, Nath AK, Thappa DM. Utility of dermoscopy in alopecia areata. *Indian J Dermatol*. 2011;56:407–11.
155. Karadag˘ Ko˘se O, Gu˘lec, AT. Clinical evaluation of alopecias using a handheld dermatoscope. *J Am Acad Dermatol*. 2012;67:206–14.
156. Abraham LS, Torres FN, Azulay-Abulafia L. Dermoscopic clues to distinguish trichotillomania from patchy alopecia areata. *An Bras Dermatol*. 2010;85:723–6.
157. Inui S. Trichoscopy for common hair loss diseases: algorithmic method for diagnosis. *J Dermatol*. 2011;38:71–5.
158. Inui S, Nakajima T, Itami S. Coudability hairs: a revisited sign of alopecia areata assessed by trichoscopy. *Clin Exp Dermatol*. 2010;35:361–5.
159. Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A. Trichotillomania and traction alopecia. In: Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, editors. *Atlas of trichoscopy*. 1st ed. London: Springer; 2012. p. 257–75.
160. Lee DY, Lee JH, Yang JM, Lee ES. The use of dermoscopy for the diagnosis of trichotillomania. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23:731–2.
161. Ise M, Amagai M, Ohyama M. Follicular microhemorrhage: a unique dermoscopic sign for the detection of coexisting trichotillomania in alopecia areata. *J Dermatol*. 2014;41:518–20.
162. Gallouj S, Rabhi S, Baybay H, et al. Trichotemnomania associated to trichotillomania: a case report with emphasis on the diagnostic value of dermoscopy. *Ann Dermatol Venereol*. 2011;138:140–1.
163. Peralta L, Morais P. Photoletter to the editor: the Friar Tuck sign in trichotillomania. *J Dermatol Case Rep*. 2012;6:63–4.
164. Inui S, Nakajima T, Itami S. Scalp dermoscopy of androgenetic alopecia in Asian people. *J Dermatol*. 2009;36:82–5.
165. Rakowska A, Slowinska M, Kowalska-Oledzka E, Olszewska M, Rudnicka L. Dermoscopy in female androgenic alopecia: method standardization and diagnostic criteria. *Int J Trichol*. 2009;1:123–30.
166. de Lacharriere O, Deloche C, Misciali C, et al. Hair diameter diversity: a clinical sign reflecting the follicle miniaturization. *Arch Dermatol*. 2001;137:641–6.
167. Kibar M, Aktan S, Bilgin M. Scalp dermatoscopic findings in androgenetic alopecia and their relations with disease severity. *Ann Dermatol*. 2014;26:478–84.
168. Hu R, Xu F, Han Y, Sheng Y, Qi S, Miao Y, Yang Q. Trichoscopic findings of androgenetic alopecia and their association with disease severity. *J Dermatol*. 2015;42:602–7.
169. Rakowska A, Olszewska M, Rudnicka L. Telogen effluvium. In: Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A, editors. *Atlas of trichoscopy*. 1st ed. London: Springer; 2012. p. 237–44.
170. Slowinska M, Rudnicka L, Schwartz RA, et al. Comma hairs: a dermatoscopic marker for tinea capitis: a rapid diagnostic method. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59:S77–9.
171. Sandoval AB, Ortiz JA, Rodrı´guez JM, Vargas AG, Quintero DG. Dermoscopic pattern in tinea capitis. *Rev Iberoam Micol*. 2010;27:151–2.

172. Hughes R, Chiaverini C, Bahadoran P, Lacour JP. Corkscrew hair: a new dermoscopic sign for diagnosis of tinea capitis in black children. *Arch Dermatol*. 2011;147:355–6.
173. Mapelli ET, Gualandri L, Cerri A, Menni S. Comma hairs in tinea capitis: a useful dermatoscopic sign for diagnosis of tinea capitis. *Pediatr Dermatol*. 2012;29:223–4.
174. Pinheiro AM, Lobato LA, Varella TC. Dermoscopy findings in tinea capitis: case report and literature review. *An Bras Dermatol*. 2012;87:313–4.
175. Vazquez-Lopez F, Palacios-Garcia L, Argenziano G. Dermoscopic corkscrew hairs dissolve after successful therapy of *Trichophyton violaceum* tinea capitis: a case report. *Australas J Dermatol*. 2012;53:118–9.
176. Hernándeز-Bel P, Malveyh J, Crocker A, Sa´nchez-Carazo JL, Febrer I, Alegre V. Comma hairs: a new dermoscopic marker for tinea capitis. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:836–7.
177. Neri I, Starace M, Patrizi A, Balestri R. Corkscrew hair: a trichoscopy marker of tinea capitis in an adult white patient. *JAMA Dermatol*. 2013;149:990–1.
178. Ekiz O, Sen BB, Rifaiođlu EN, Balta I. Trichoscopy in paediatric patients with tinea capitis: a useful method to differentiate from alopecia areata. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014;28:1255–8.
179. Rudnicka L, Rakowska A, Kerzeja M, Olszewska M. Hair shafts in trichoscopy: clues for diagnosis of hair and scalp diseases. *Dermatol Clin*. 2013;31:695–708.
180. Neri I, Orgaz-Molina J, Ciabatti S, Ricci L, Balestri R. Tinea capitis and dermatoscopy. *An Pediatr (Barc)*. 2014;81:53–4.
181. Koch E, English JC 3rd. Diffuse alopecia in an adolescent female: tinea capitis. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2014;27:45–7.
182. Lacarrubba F, Verzi` AE, Micali G. Newly described features resulting from high-magnification dermoscopy of tinea capitis. *JAMA Dermatol*. 2015;151:308–10.
183. Wang HH, Lin YT. Bar code-like hair: dermoscopic marker of tinea capitis and tinea of the eyebrow. *J Am Acad Dermatol*. 2015;72:S41–2.
184. Arrazola-Guerrero J, Isa-Isa R, Torres-Guerrero E, Arenas R. Tinea capitis. Dermoscopic findings in 37 patients. *Rev Iberoam Micol*. 2015;32:242–6.
185. Lu M, Ran Y, Dai Y, et al. An ultrastructural study on corkscrew hairs and cigarette-ash-shaped hairs observed by dermoscopy of tinea capitis. *Scanning*. 2016;38:128–32.
186. Schechtman RC, Silva ND, Quaresma MV, Bernardes Filho F, Buc,ard AM, Sodre´ CT. Dermoscopic findings as a complementary tool in the differential diagnosis of the etiological agent of tinea capitis. *An Bras Dermatol*. 2015;90:13–5.
187. Errichetti E, Stinco G. Dermoscopy as a useful supportive tool for the diagnosis of pityriasis amiantacea-like tinea capitis. *Dermatol Pract Concept*. 2016;6:13.
188. Kim GW, Jung HJ, Ko HC, et al. Dermoscopy can be useful in differentiating scalp psoriasis from seborrheic dermatitis. *Br J Dermatol*. 2011;164:652–6.
189. Kibar M, Aktan S, Bilgin M. Dermoscopic findings in scalp psoriasis and seborrheic dermatitis; two new signs; signet ring vessel and hidden hair. *Indian J Dermatol*. 2015;60:41–5.
190. Xu C, Chen D, Liu J, Liu Y, Sun Q. Roles of dermoscopy in the diagnosis and differential diagnosis of scalp psoriasis and seborrheic dermatitis. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2014;94:3467–70.
191. Verardino GC, Azulay-Abulafia L, Macedo PM, Jeunon T. Pityriasis amiantacea: clinical-dermoscopic features and microscopy of hair tufts. *An Bras Dermatol*. 2012;87:142–5.
192. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. “Explanation of the 2011 Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM) Levels of Evidence (Background Document)”. Oxford

Centre for Evidence-Based Medicine. Available at: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>. Accessed 8 August 2016.

193. Aronson JK, Hauben M. Anecdotes that provide definitive evidence. *BMJ*. 2006;333:1267–9.
194. Glasziou P, Chalmers I, Rawlins M, McCulloch P. When are randomised trials unnecessary? Picking signal from noise. *BMJ*. 2007;334:349–51.
195. Ferrari A, Agozzino M, Ardigò M, Covello R, Silipo V, Moscarella E, De Simone P, Catricalà C. Dermoscopic and confocal microscopy patterns of vulvar mucosal melanotic macules. *J Am Acad Dermatol*. 2014 Apr;70(4):e81-2. doi: 10.1016/j.jaad.2013.10.038.
196. Blum A. Pigmented lesion at base of tongue: mucosal melanoma or amalgam tattoo? *Hautarzt*. 2014 Apr;65(4):349-50. doi: 10.1007/s00105-013-2742-7.
197. Blum A, Kittler H, Zalaudek I, Simionescu O, Marghoob AA, Hofmann-Wellenhof R, Argenziano G, Soyer HP. Unclear clinical change on the glans penis leads to different dermoscopic diagnoses. *Hautarzt*. 2013 Oct;64(10):768-9. doi: 10.1007/s00105-013-2664-4.
198. Blum A. Who examines the oral mucosa during the total body skin examination? *Hautarzt*. 2012 Nov;63(11):899-902. doi: 10.1007/s00105-012-2468-y.
199. Ronger-Savle S, Julien V, Duru G, Raudrant D, Dalle S, Thomas L. Features of pigmented vulval lesions on dermoscopy. *Br J Dermatol*. 2011 Jan;164(1):54-61. doi: 10.1111/j.1365-2133.2010.
200. Mannone F, De Giorgi V, Cattaneo A, Massi D, De Magnis A, Carli P. Dermoscopic features of mucosal melanosis. *Dermatol Surg*. 2004 Aug;30(8):1118-23.
201. Ferrari A, Agozzino M, Ardigò M, Covello R, Silipo V, Moscarella E, De Simone P, Catricalà C. Dermoscopic and confocal microscopy patterns of vulvar mucosal melanotic macules. *J Am Acad Dermatol*. 2014 Apr;70(4):e81-e82. doi: 10.1016/j.jaad.2013.10.038.
202. Katz BJ, Oliviero M, Rabinovitz H. Dermoscopy and its impact on skin cancer diagnostics. *J Drugs Dermatol*. 2010 Feb;9(2):129-30.
203. Uhara H, Koga H, Takata M, Saida T. The whiteboard marker as a useful tool for the dermoscopic "furrow ink test". *Arch Dermatol*. 2009 Nov;145(11):1331-2. doi: 10.1001/archdermatol.2009.275.
204. Ferrari A, Buccini P, Covello R, De Simone P, Silipo V, Mariani G, Eibenschutz L, Mariani L, Catricalà C.
205. The ringlike pattern in vulvar melanosis: a new dermoscopic clue for diagnosis. *Arch Dermatol*. 2008 Aug;144(8):1030-4. doi: 10.1001/archderm.144.8.1030.
206. Blum A, Simionescu O, Argenziano G, Braun R, Cabo H, Eichhorn A, Kirchesch H, Malvey J, Marghoob AA, Puig S, Ozdemir F, Stolz W, Tromme I, Weigert U, Wolf IH, Zalaudek I, Kittler H. Dermoscopy of pigmented lesions of the mucosa and the mucocutaneous junction: results of a multicenter study by the International Dermoscopy Society (IDS). *Arch Dermatol*. 2011 Oct;147(10):1181-7. doi: 10.1001/archdermatol.2011.155. Epub 2011 Jun 16.
207. Moscarella E, Tion I, Zalaudek I, Lallas A, Kyrgidis A, Longo C, Lombardi M, Raucci M, Satta R, Alfano R, Argenziano G.
208. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017 Feb;31(2):247-251. doi: 10.1111/jdv.13840. Epub 2016 Jul 16.
209. *JAMA Dermatol*. 2014 Aug;150(8):819-27. doi: 10.1001/jamadermatol.2014.514.
210. *Br J Dermatol*. 2009 Dec;161(6):1270-7. doi: 10.1111/j.1365-2133.2009.09374.x. Epub 2009 Jun 27.
211. *Curr Opin Oncol*. 2007 Mar;19(2):109-15. Review.
212. *Br J Dermatol*. 2009 Dec;161(6):1270-7. doi: 10.1111/j.1365-2133.2009.09374.x. Epub 2009 Jun 27.
213. *Dermatol Clin*. 2017 Oct;35(4):439-445. doi: 10.1016/j.det.2017.06.004. Epub 2017 Aug 7. Review.

214. Salerni G, Terán T, Puig S et al. Meta-analysis of digital dermoscopy follow-up of melanocytic skin lesions: a study on behalf of the International Dermoscopy Society. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 27(7): 805–14.
215. Cancer Council Australia/Australian Cancer Network/Ministry of Health, New Zealand. Clinical Practice Guidelines for the Management of Melanoma in Australia and New Zealand. Wellington, 2008.
216. Haenssle HA, Krueger U, Vente C et al. Results from an observational trial: digital epiluminescence microscopy follow-up of atypical nevi increases the sensitivity and the chance of success of conventional dermoscopy in detecting melanoma. *J Invest Dermatol* 2006; 126(5): 980–5.
217. Kittler H, Guitera P, Riedl E et al. Identification of clinically featureless incipient melanoma using sequential dermoscopy imaging. *Arch Dermatol* 2006; 142(9): 1113–9.
218. Robinson JK, Nickoloff BJ. Digital epiluminescence microscopy monitoring of high-risk patients. *Arch Dermatol* 2004; 140(1): 49–56.
219. Menzies SW, Gutenev A, Avramidis M et al. Short-term digital surface microscopic monitoring of atypical or changing melanocytic lesions. *Arch Dermatol* 2001; 137(12): 1583–9.
220. Macbeth F, Newton-Bishop J, O’Connell S, Hawkins JE, Guideline Development Group. Melanoma: summary of NICE guidance. *BMJ* 2015; 351: h3708.
221. Pflugfelder A, Kochs C, Blum A et al. Malignant melanoma S3- guideline “diagnosis, therapy and follow-up of melanoma.” *J Dtsch Dermatol Ges* 2013; 11 (Suppl 6): 1–116, 1–126.
222. Watts CG, Dieng M, Morton RL et al. Clinical practice guidelines for identification, screening and follow-up of individuals at high risk of primary cutaneous melanoma: a systematic review. *Br J Dermatol* 2015; 172(1): 33–47.
223. *JAMA Dermatol*. 2015 Aug;151(8):883-90. doi: 10.1001/jamadermatol.2015.33. Review.
224. *PLoS One*. 2014 Oct 14;9(10):e109339. doi: 10.1371/journal.pone.0109339. eCollection 2014.
225. *Hautarzt*. 2014 May;65(5):450-3. doi: 10.1007/s00105-014-2770-y. German.
226. К. Лонго, Дж. Арджентиано, Э. Лаллас, Э. Москарелла, С. Пиана "Атлас диагностически сложных меланоцитарных новообразований". (Редактор перевода канд.биол.наук Е.Р.Тимофеева). М. - Практика.